



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de medicina social

Tatiana Coelho Lopes

**Itinerário da paternidade: a construção social da integralidade do
cuidado ao recém-nascido e família na UTI-neonatal**

Rio de Janeiro

2009

Tatiana Coelho Lopes

Itinerário da paternidade: a construção social da integralidade do cuidado ao recém-nascido e família na UTI-neonatal



Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Administração.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

L864 Lopes, Tatiana Coelho.
Itinerário da paternidade: a construção social da integralidade do
cuidado ao recém-nascido e família na UTI-Neonatal Tatiana
Coelho Lopes. – 2009.
132 f.

Orientador: Roseni Pinheiro.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Neonatologia – Teses. 2. Tratamento intensivo neonatal –
Teses. 3. Assistência integral à saúde – Teses. 4. Paternidade –
Teses. 5. Rede de relações sociais – Tese. I. Pinheiro, Roseni. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina
Social. III. Título.

CDU 616-053.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Tatiana Coelho Lopes

Itinerário da Paternidade: a construção social da integralidade do cuidado ao recém-nascido e família na UTI – neonatal

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Administração.

Aprovada em 25 de setembro de 2009.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Ruben de Araújo Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Paulo Henrique Martins
Programa de Pós-Graduação em Saúde – UFPE

Prof.^a Dra. Leny Trad
Instituto de Saúde Coletiva – UFBA

Rio de Janeiro

2009

Dedico este trabalho ao meu querido pai.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos especiais àqueles que participaram e contribuíram, de diversas maneiras, na elaboração deste trabalho:

- **Roseni Pinheiro**, orientadora que se tornou uma amiga, serei sempre grata pela acolhida, ensinamentos e escuta na minha trajetória de construção deste trabalho e de tantos outros planos. Sinto uma admiração profunda por seu compromisso pessoal e acadêmico de dar visibilidade a qualquer questão que se oponha à dignidade humana.
- **Prof. Paulo Henrique Martins**, pela disponibilidade para ouvir minhas inquietações e fornecer subsídios para a realização deste estudo.
- **Prof. Kenneth Rochel de Camargo Jr.**, pelo carinho e aceite de ler este trabalho.
- **Regina, Djynnana e Sueli**, minhas amigas para a vida inteira, com quem compartilhei aprendizados, discussões e responsabilidades nas disciplinas e seminários do LAPPIS.
- **Equipe da Secretaria Acadêmica do IMS**, em especial, a Sílvia e Simone, pela disposição em facilitar e ajudar a resolver as questões administrativas do curso.
- **Madu**, amiga querida, com quem aprendi muito nesses dois anos, principalmente participando das atividades do LAPPIS.
- **Elo**, minha amiga mais carioca, pelo carinho e acolhimento.
- **Funcionários, usuários e voluntários** que fazem o Hospital Sofia Feldman ser como ele é.
- **Pais, mães e familiares** que confiaram em mim para falar sobre este momento de suas vidas.
- **Equipe de Fisioterapia do Sofia Feldman**, sem sua organização e solidariedade, não seria possível o afastamento para a realização desta tese.

- **Julia, Erika, Vera e Vanessa**, pela alegria que me acolhiam sempre que retornava do Rio.
- **Lélia e Tia Su**, por me ensinarem os primeiros passos e nunca me perderem de vista.
- **Marlene, Tatá e Paulo**, por me acolherem na família e cuidarem da minha casa nos meus momentos de ausência.
- **Meu pai**, pelas conversas na madrugada para Confins.
- **Minha mãe**, por alegrar meus dias com suas flores, “causos” e xaropes, sempre disposta a cuidar de mim quando o corpo ou a alma padeciam.
- **Minhas irmãs Ana e Bruna, Madrinha, Luzia e Diego**, pelo apoio e conversas na mesa de café.
- **Corelho**, pelo amor e cuidado comigo.

Este trabalho teve apoio da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e do Programa de Fortalecimento Técnico-Científico Interinstitucional “Incubadora da Integralidade” do Hospital Sofia Feldman.

Somente a imaginação permite que enxerguemos as coisas em sua perspectiva adequada, que tenhamos forças suficientes para afastar o que está demasiado próximo, a fim de conseguir ver e compreender sem distorções nem preconceitos, que tenhamos generosidade suficiente para transpor abismos de lonjuras, a fim de conseguir ver e compreender, como se fosse uma questão pessoal nossa, tudo o que está demasiado distante de nós.

Hannah Arendt

RESUMO

LOPES, Tatiana Coelho. *Itinerário da paternidade: a construção social da integralidade do cuidado ao recém-nascido e família na UTI- Neonatal*. 2009. 132f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o itinerário da paternidade como uma construção social, a partir das relações estabelecidas entre os pais com os membros da instituição de saúde e as redes sociais em que se inserem. Tal construção se configurou na busca, pelo pai, de reconhecimento do exercício da paternidade, bem como suas repercussões na integralidade do cuidado ao recém-nascido de risco e sua família. Utilizamos como pressupostos conceituais para definição do itinerário da paternidade as teorias da integralidade (desenvolvidas pelo grupo LAPPIS), a teoria do reconhecimento (de Axel Honneth) e de redes sociais (de Paulo Henrique Martins). O cenário da pesquisa foi o Hospital Sofia Feldman, instituição filantrópica de direito privado localizada na periferia de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais. Participaram do estudo três pais que tiveram filhos internados na UTIN e seus familiares, além de profissionais, voluntários e gestores que atuam na instituição. A partir da abordagem da fenomenologia sociológica, realizaram-se entrevistas, observação dos espaços institucionais e dois grupos focais com familiares, adotando-se a Metodologia de Análise de Redes no Cotidiano (MARES) como técnica de coleta de dados. A análise dos itinerários da paternidade nos permitiu discutir as repercussões da trajetória desses pais nas dimensões da integralidade (políticas e organização dos serviços e saberes e práticas dos profissionais). Verificamos que a alta da companheira e internação do filho na neonatologia constituem uma inflexão no percurso dos pais no que concerne à questão do reconhecimento como usuário no serviço e a integralidade do cuidado à família. Além disso, identificamos que as relações estabelecidas no acolhimento desses pais pelos profissionais envolveram a negociação de saberes entre os profissionais, e destes com os usuários, que repercutiram na construção e reconstrução das práticas de cuidado na UTIN. Tais repercussões significaram, na prática, formas de inclusão do pai, que passa de uma situação de observador privilegiado do cuidado com o filho para um mediador colaborador na efetivação da integralidade da assistência do filho na UTIN. Vislumbramos o itinerário da paternidade como uma ferramenta de prática avaliativa na perspectiva do usuário amistosa à integralidade, que possibilita a revalorização da experiência e das relações entre os sujeitos, e que tem no agir em saúde o catalisador para as transformações do cuidado como exercício de cidadania.

Palavras-chave: Paternidade. Assistência integral à saúde. Neonatologia. Redes comunitárias.

ABSTRACT

This work aimed to analyze the paternity itinerary as a social construction, based on the relations among fathers and health staff, and their social networks. This construction comprised the search, by the father, of the recognition of the paternity exercise, and its repercussions on the comprehensive health care provided to the newborn at risk and his family. To define the paternity itinerary we adopted the comprehensive health care theories (developed by LAPPIS), Honneth's recognition theory, and Martins's social networks theory. The research work was conducted at the Sofia Feldman Hospital, philanthropic private institution in the outskirts of Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. The study subjects were three fathers whose babies were in the neonatal intensive care unit and their relatives, besides health staff, volunteers and managers who work at that hospital. Based on the sociological phenomenology approach, we carried out interviews, observation of institutional spaces and two focal groups with the newborns' relatives, using the MARES methodology for data collection. The analysis of paternity itineraries enabled us to discuss the repercussions of these fathers' trajectories along the comprehensive care dimensions (policies, services organizations and knowledge and practices of professionals). We noticed that the mother's discharge and the baby's hospitalization are a detour in the fathers' path concerning their recognition as health care customer and comprehensive family care. Moreover, the relations established as the staff welcome these fathers involved knowledge negotiation among professionals, and between staff and customers, with repercussions in the construction and reconstruction of health care practices at the neonatal intensive care unit. These repercussions meant forms of including the father, a privileged observer who becomes a mediator-collaborator in the provision of comprehensive health care for his hospitalized baby. We consider the paternity itinerary a customer's comprehensive care-friendly evaluation practice tool that allows the revalorization of experience and relations among subjects, in which health action catalyzes health care transformations as a citizenship exercise.

Keywords: Paternity. Comprehensive health care. Neonatology. Community networks.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Profissionais e voluntários entrevistados a partir da identificação dos pais	64
Quadro 2	Informantes-chave da gestão institucional entrevistados	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ECA	– Estatuto da Criança do Adolescente
HSF	– Hospital Sofia Feldman
FAIS	– Fundação de Assistência Integral à Saúde
FAPERJ	– Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
IMS	– Instituto de Medicina Social
IP	– Itinerário da Paternidade
LAPPIS	– Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
MARES	– Metodologia de Análise de Redes no Cotidiano
MS	– Ministério da Saúde
NUCEM	– Núcleo de Estudos sobre Cidadania
PID-Neo	– Programa de Internação Domiciliar Neonatal
PNH	– Política Nacional de Humanização
SMS/BH	– Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UCIN	– Unidade de Cuidados Intermediários
UFBA	– Universidade Federal da Bahia
UFPE	– Universidade Federal de Pernambuco
UERJ	– Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	– Universidade Federal de Minas Gerais
UTIN	– Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	13
1 A PATERNIDADE E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	20
1.1 A dimensão da organização das políticas e serviços de saúde	26
1.2 A dimensão dos saberes e práticas dos profissionais na produção do cuidado na UTIN	33
2 RECONHECIMENTO, REDES SOCIAIS E MEDIAÇÕES: CONSTRUINDO OS NEXOS ENTRE O ITINERÁRIO DA PATERNIDADE E A INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DO CUIDADO NEONATAL	40
2.1 Reconhecimento confiança, respeito e estima como efetivo exercício do direito de ser pai	46
2.2 As redes sociais e os mediadores colaboradores para o reconhecimento do exercício da paternidade	50
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: ABORDAGEM, CENÁRIO, SUJEITOS E PERCURSO DA PESQUISA E ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	57
3.1 Abordagem	57
3.2 Cenário da pesquisa	59
3.3 Sujeitos e percurso da coleta do material empírico	62
3.4 Organização do material empírico	70
4 DIMENSÕES ANALÍTICAS DOS CAMINHOS DA PATERNIDADE	75
4.1 Os itinerários da paternidade na dimensão das políticas e da organização dos serviços de saúde	76
4.2 Os itinerários da paternidade na dimensão dos saberes e práticas dos profissionais de saúde	92
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICE A – Itinerário da paternidade - pai do interior	124
APÊNDICE B – Itinerário da paternidade – pai adolescente	125
APÊNDICE C – Itinerário da Paternidade – Pai de criança com síndrome não específica	126

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais	127
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os usuários	129
ANEXO A - Termo de Aprovação da Pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman	131
ANEXO B – Documento de autorização da realização da pesquisa pelo Hospital Sofia Feldman	132

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Hoje sei que a escolha por um curso de graduação na área da saúde e meu percurso de pesquisa na Saúde Coletiva não se deram de forma “natural” e “espontânea”, só porque meu pai era médico e minha mãe enfermeira. Mas foram intencional e fortemente influenciados pela minha infância e adolescência, marcadas por discussões realizadas por eles e colegas de trabalho, e que agora consigo compreender que faziam parte de um movimento que culminou na Constituição de 1988 e no Sistema Único de Saúde (SUS).

Realizei o curso de Fisioterapia na Universidade Federal de Minas Gerais e, desde 2002, venho desenvolvendo práticas assistenciais voltadas para a família junto à equipe multiprofissional, facilitadas pela permanência das mães e dos pais¹ durante a internação dos filhos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no Hospital Sofia Feldman (HSF).

Nesta instituição, criada em 1982, a integralidade tem sido o princípio norteador da assistência humanizada aos usuários e, por decisão política institucional, atende, exclusivamente, à clientela do SUS (HSF, 2008a)². O Hospital se destaca no cenário da assistência à saúde da mulher e da criança, tendo recebido prêmios de reconhecimento nacional pela qualidade do cuidado oferecido. Dentre eles, destaca-se o título de Hospital Amigo da Criança, do Ministério da Saúde / UNICEF, obtido em 1995; o Prêmio Galba de Araújo, oferecido pelo Ministério Saúde, em 1998; e a Grande Medalha de Mérito à Saúde, como reconhecimento da assistência pelo Governo do Estado de Minas Gerais, no ano de 2004. Atualmente, as práticas institucionais têm sido divulgadas pelo Ministério da Saúde em um Banco de Projetos da Política Nacional de Humanização denominado “Boas Práticas de Humanização na Atenção e na Gestão do Sistema Único de

¹ No corpo do trabalho, nos momentos em que julgo necessário fazer o destaque de *pais* como *pai* e *mãe*, os descrevo desta última forma. Contudo, ao utilizar a palavra *pais* ao longo da tese, refiro-me ao plural de pai, buscando não perder de vista a centralidade da relação entre esses sujeitos para se compreender exercício da paternidade no cuidado do filho internado na UTIN.

² A caracterização da instituição será apresentada em detalhes no item 3.2 na página 60.

Saúde",³ cujo objetivo é divulgar experiências exitosas de serviços de saúde no SUS.

Dentre as estratégias que visam à humanização da assistência à população de crianças internadas na UTIN e seus familiares, foi criada a Casa de Sofia, em 2006, com capacidade de acolher 25 mulheres, que são acompanhadas por uma equipe multiprofissional que desenvolve ações no sentido de favorecer o vínculo com o bebê, dar suporte emocional e fortalecer a autoestima das mães.⁴

Outra estratégia importante para garantir a humanização foi a criação do Programa de Internação Domiciliar Neonatal (PID-Neo), em 2004. O PID-Neo tem como propósito a desospitalização precoce das crianças internadas na instituição. Entre seus objetivos, o PID-Neo visa a facilitar a integração entre mãe e filho, no contexto social em que vivem. Visa também a favorecer o aleitamento materno exclusivo, diminuir o risco de infecção hospitalar, integrar a família nos cuidados da criança e otimizar os leitos da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN).

Como coordenadora da equipe de fisioterapia, membro da Linha de Ensino e Pesquisa e da Linha de Cuidado Perinatal, venho participando de discussões e reflexões acerca da articulação entre trabalho, ensino e gestão. Nesta vivência, tenho observado que as estratégias que visam à integralidade da assistência ao recém-nascido estão voltadas prioritariamente à mãe e pouca atenção tem sido dada a outros atores presentes no cenário e no cotidiano do cuidado com a criança, em especial o pai e as redes sociais que dão suporte às famílias nesse período.

Em 2005, durante a realização da dissertação de mestrado⁵ (LOPES, 2005), na qual busquei compreender como se configurava o cuidado prestado no domicílio pelas mães das crianças durante a internação no PID-Neo, causou-me certo desconforto perceber que o discurso das mães refletia uma questão importante sobre as práticas institucionais de cuidado com o recém-nascido. Observei que, apesar de outras pessoas da rede social participarem do cuidado com o recém-

³ Vide: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sofia_02-10.pdf . Acesso em: 25 jul. 2009.

⁴ O desenvolvimento dessas ações se dá através de reuniões, em que se discute o cotidiano da casa; salão de beleza; bingo educativo e tradicional; grupo de reflexão; relaxamento e oficinas culinárias.

⁵ LOPES, T.C. *Programa de Internação Domiciliar Neonatal: espaço para a construção da autonomia no cuidado materno com a criança*. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

nascido no domicílio, as práticas de cuidado dos profissionais delegavam somente às mães a responsabilização do cuidado com o filho, estando os pais e os outros membros praticamente ausentes.

Esses achados contrastavam com um discurso institucional no qual o pai não é considerado “visita”; entretanto, o horário permitido para os pais permanecerem nas unidades neonatais é de 9 às 21 horas. Além disso, no crachá que identifica o pai na neonatologia está escrito “*pai visitante*”, excluindo-o do direito de permanecer nas unidades fora do horário estabelecido. Isto posto, pode-se afirmar que os pais não usufruem do mesmo reconhecimento e (por que não?) direito que as mães têm de participar do cuidado do filho durante a internação, divergindo do compromisso ético-político da instituição de buscar a integralidade na assistência ao recém-nascido e sua família.

Observa-se, ainda, uma dificuldade na organização do serviço e nas práticas dos profissionais em incorporar outros atores (pais, avós e vizinhos), que são reconhecidos pela equipe para o cuidado do recém-nascido somente na ausência da mãe. Acreditamos que isto pode estar relacionado a uma visão reducionista e funcionalista que enfatiza “o papel” e as “funções” das mães e dos pais construídas culturalmente em nossa sociedade em detrimento de uma perspectiva contemporânea de ênfase nas ações dos sujeitos como práticas sociais cotidianas.

É importante ressaltar que, neste trabalho, não desconsideramos o fato de que a paternidade seja uma construção histórico-relacional, marcada pelas relações sociocapitalistas e culturais de gênero tão oportunamente lembradas por Corrêa (2005). Nesse sentido, buscamos superar os limites de uma visão funcionalista dos processos sociais, que em nosso estudo se centra no exercício da paternidade, como fruto da atuação do pai como sujeito em ação interagindo permanentemente com suas redes sociais e não reduzindo a análise nos aspectos dos significados dos “papéis” de mães e pais nas instituições em sociedade.

Tendo em vista a escassez de estudos que analisem a relação da equipe de saúde com os pais, especificamente em unidades complexas de cuidado, tais como as UTINs, este estudo ganha relevância no campo da Política, Planejamento e Administração em Saúde, cuja potência de resultados pode subsidiar a reorganização das práticas na produção do cuidado em saúde nestas unidades.

Este estudo tem sido enriquecido com o conhecimento produzido nas linhas de pesquisa “Homens e saúde” (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005) e “Redes Sociais e saúde” (MARTINS; FONTES, 2004) e “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde” (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2004, 2005, 2006, 2007a, 2007b, 2008), cujas temáticas expressam a contemporaneidade da área da Saúde Coletiva, e, além de outras questões, buscam repensar a participação masculina e de outros membros da rede social na produção do cuidado em saúde, por meio da análise das relações solidárias e suas implicações para o recém-nascido e sua família. Entendemos que, a partir desse ponto de vista, ampliaremos a visão das atribuições tradicionalmente demarcadas para os homens, como provedores econômicos, ressaltando outros tipos de provisão, como o de cuidador e de guia cognitivo, em que se consideram as experiências vivenciadas pelos pais no cotidiano dos serviços como fonte de saberes e práticas em saúde.

Minha inserção no Doutorado em Saúde Coletiva no IMS-UERJ em 2007 e consequente afastamento da Instituição para realização das disciplinas possibilitaram o necessário “distanciamento” para reflexão sobre essas práticas cotidianas, permitindo-me repensar minhas práticas de cuidado e gestão. Nesse período, a participação constante como pesquisadora nas discussões realizadas no Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde⁶ (LAPPIS) e, em especial, nas oficinas técnicas de construção coletiva da pesquisa multicêntrica intitulada “Desenvolvimento de metodologias centradas no usuário como subsídio para repensar práticas de avaliação de integralidade e determinantes sociais”⁷ auxiliaram de forma substantiva no recorte e na construção do objeto desta pesquisa – o **itinerário da paternidade** –, constituindo-se como uma categoria conceitual e analítica do estudo.

⁶ Grupo de Pesquisa criado em 2000 e certificado pelo CNPq desde 2004. Atualmente coordenado pela Profa. Dra. Roseni Pinheiro.

⁷ Essas oficinas aconteceram no período de julho de 2008 a maio de 2009 e integraram pesquisadores da região Norte (UFAC), Nordeste (NUCEM/UFPE); Centro-Oeste (UFMT), Sudeste (IMS/UERJ, UFJF, ISC/UFF, HSF) e Sul (UFRGS) do país, coordenadas pela Profa. Roseni Pinheiro e Prof. Paulo Henrique Martins, numa parceria entre o LAPPIS/IMS-UERJ e o Núcleo de Cidadania (NUCEM/UFPE). Os resultados da pesquisa foram apresentados no *Simpósio Nacional sobre Avaliação na Perspectiva do Usuário: contribuições para estudos sobre práticas avaliativas amistosas à integralidade em saúde*, nos dias 13 e 14 de agosto na UFPE e compõem a coletânea de mesmo título lançada nesse evento.

Algumas perguntas surgem no âmbito deste trabalho: qual seria a trajetória realizada por esses pais na busca do seu reconhecimento no cuidado com o filho internado nas unidades neonatais do HSF? Considerando essa trajetória, quais seriam as implicações das políticas públicas e da organização dos serviços de saúde; dos saberes e práticas dos profissionais na construção da integralidade da assistência? Quais as estratégias e relações construídas pelos usuários, comunidade e instituição para atender às demandas, especificamente, o reconhecimento do pai em situações de risco do RN?

Diante desses questionamentos, este estudo tem como objetivo apreender e analisar o itinerário da paternidade, buscando identificar as relações estabelecidas entre os pais com os membros da instituição de saúde e as redes sociais na busca de reconhecimento do exercício da paternidade, bem como suas repercussões na integralidade do cuidado ao recém-nascido de risco e sua família. Nesse sentido, partimos da abordagem da fenomenologia sociológica para a fundamentação teórica e metodológica do objeto de estudo com a qual pudéssemos apreender, discutir e problematizar o exercício da paternidade no contexto da UTIN, a partir da construção do **itinerário da paternidade**, como categoria analisadora da integralidade do cuidado a este usuário específico.

Esta tese subdivide-se em cinco capítulos. No primeiro, desenvolvemos uma discussão contemporânea sobre as especificidades do exercício da paternidade na assistência ao recém-nascido de risco, onde se apresentam dificuldades na sua concretização com reflexos nas dimensões das políticas e organização dos serviços; e dos conhecimentos e práticas dos profissionais. Pautamos a escolha dessas dimensões em pesquisas anteriores de pesquisadores do LAPPIS, que buscaram aprofundar a compreensão de aspectos relacionados à integralidade, ora a partir das políticas públicas (LUZ; 2001; ALVES, 2001; MATTOS, 2007a); em outros momentos, *no e a partir* dos serviços de saúde, ou seja, na análise da organização dos serviços e dos saberes e práticas dos profissionais (CECILIO; MERHY, 2007; SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2007; MATTOS, 2001, 2007b; ALMEIDA, 2009).

No segundo capítulo, analisamos as implicações sociais, políticas e éticas do percurso de reconhecimento do pai como usuário, a partir do estudo sobre as relações que se estabelecem na trajetória desses pais no contexto dos serviços de

saúde e as redes sociais presentes no âmbito da instituição e da comunidade. Neste, buscamos compreender os serviços de saúde como espaços públicos onde os sujeitos, por meio de interações com suas redes sociais e mediadores colaboradores, constroem estratégias de reconhecimento do exercício da paternidade no cuidado com o recém-nascido. Para tanto, apresentamos os principais fundamentos teórico-conceituais para esta análise, recorrendo às contribuições oferecidas por autores⁸ da sociologia e antropologia da saúde que desenvolveram estudos sobre itinerários, redes sociais em saúde e mediações que ocorrem entre os usuários, profissionais e membros da comunidade. Esses autores consideram a atuação dos usuários como mediadores das práticas cotidianas da rede de serviços de saúde, entendida como uma rede social em meio a tantas outras engendradas pela dinâmica societária dos atores. Neste estudo destacamos o pai e as mediações estabelecidas com os membros do serviço de saúde, família e comunidade.

Em seguida, no terceiro capítulo, dedicamo-nos ao delineamento da trajetória teórico-metodológica utilizada, pois a natureza exploratória do estudo nos permitiu construir o itinerário da paternidade adotando concepções da fenomenologia sociológica numa perspectiva construtivista, o que possibilitou associar metodologias do campo das ciências sociais em saúde, sendo as entrevistas, a observação participante dos espaços institucionais e a Metodologia de Análise de Redes no Cotidiano (MARES) proposta por Martins (2009a) as ferramentas de coleta de dados do estudo.

Propomos a realização, no quarto capítulo, da análise dos caminhos da paternidade, construída em duas partes, definidas a partir dos pressupostos teórico-conceituais deste estudo, subdividindo-se na compreensão do itinerário da paternidade a partir das dimensões das políticas e organização dos serviços e dos saberes e práticas dos profissionais. Em relação à dimensão das políticas e organização dos serviços, apresentamos e discutimos dois momentos que repercutiram de maneira distinta no percurso dos pais: um relacionado às expectativas de ser pai, à busca por atendimento e ao nascimento do filho; e o outro

⁸ Citaremos como exemplo: Alves e Souza (1999); Andrade e Vaistman (2004); Bellato, Araújo e Castro (2008), Almeida (2009); Bonet et al. (2009); Martins (2008); Martins (2004; 2006a, 2008a, 2009b) Martins e Fontes (2004).

relativo à alta da companheira e à continuidade de internação do filho na UTIN. Na segunda dimensão, dos saberes e práticas dos profissionais de saúde, destacam-se as relações estabelecidas no acolhimento desses pais pelos profissionais, que envolvem a negociação de saberes entre os profissionais e destes com os usuários para a construção e reconstrução das práticas de cuidado na UTIN de forma a incluir o pai, identificando-se o momento da notícia dada pelo profissional como fato mobilizador importante na relação entre esses usuários e trabalhadores. Além disso, verificamos outro movimento que se deu a partir das relações de cuidado deste pai com o filho, associando os três planos de reconhecimento propostos por Honneth (2003), em que esse pai passa de uma situação de observador privilegiado do cuidado com o filho para um mediador colaborador na busca pela integralidade do cuidado. Durante toda a análise, buscamos identificar os mediadores colaboradores presentes que apoiaram os pais na situação de ter um filho internado na UTIN.

Consideramos que a articulação entre teorias de reconhecimento, redes sociais e integralidade possibilitou o alargamento da compreensão das discussões realizadas sobre este princípio na legitimação do direito à saúde e cidadania dos usuários nos espaços públicos dos serviços de saúde. O itinerário da paternidade é uma categoria analítica útil para se pensar práticas avaliativas amistosas à integralidade no contexto de assistência ao recém-nascido de risco e sua família.

1 O EXERCÍCIO DA PATERNIDADE E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Neste capítulo buscamos desenvolver uma discussão contemporânea sobre as especificidades do exercício da paternidade nos serviços de saúde, em particular, na assistência ao recém-nascido de risco. No que concerne à integralidade do cuidado, realizamos o esforço de articular este referencial considerando a necessidade de reconhecimento⁹ do pai, a partir de duas dimensões relativas à integralidade do cuidado: uma que consideramos inerente às políticas públicas e organização dos serviços; e outra relativa às práticas e saberes dos profissionais. Em ambas consideramos que a questão do direito ganha expressão e relevância na medida em que as práticas desenvolvidas na produção da integralidade do cuidado visam à afirmação da cidadania deste usuário nos serviços de assistência “materno-infantil”. Contudo, é necessário esclarecer que essas dimensões não são excludentes entre si, e que, apoiadas em Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004), compõem um desenho esquemático de análise do material empírico coletado, a fim de cumprir os objetivos propostos. Entendemos que a construção da categoria itinerário da paternidade para análise do cuidado prestado encontra nessas dimensões um solo fértil para a identificação dos elementos constitutivos e constituintes da integralidade no cuidado ao recém-nascido de risco e sua família.

Na revisão de literatura sobre a participação do pai no cuidado com o filho, verifica-se que pouco foi discutido sobre paternidade, embora haja produção significativa sobre a temática da maternidade e da família (UNBEHAUM, 2000).

Rodrigues e Trindade (1999) ressaltam que nos estudos sobre psicologia do desenvolvimento das décadas de 1960 e 1970, o pai é praticamente excluído da discussão, sendo atribuída à relação mãe-filho a responsabilidade pelo desenvolvimento sadio da criança. Ramires (1997) corrobora essa assertiva, ao afirmar que as representações sobre a questão e a prática da parentalidade na

⁹ Trabalharemos esse conceito no item 2.1, a partir de autores como Honneth (2003), Martins (2009b) e Caillé (2008).

literatura privilegiam a relação entre a mãe e filho, em detrimento do exercício da paternidade.

Os estudos sobre essa temática mudam o foco da análise a partir da década de 1970 e a importância do pai na relação com o filho se torna evidente (LEVANDOWSKI, 2001). Nesta mesma década, a paternidade aparece como um campo particular de investigação, sendo que a participação mais efetiva dos homens no cotidiano familiar, particularmente no cuidado com os filhos, surge sob a expressão “*nova paternidade*”. No sentido de compreender este “*novos pai*”, os trabalhos do psicólogo norte-americano Michael Lamb demonstram como esse modelo constituiu-se como um dos elementos-chave para a mudança das relações parentais contemporâneas, integrando à conduta paterna aspectos como interação, acessibilidade e responsabilidade (OIBERMAN, 1994).

Devemos considerar historicamente a divisão sexual do trabalho que vincula as atribuições sociais das mulheres à função biológica e a do homem à econômica. Neste contexto, o trabalho remunerado é considerado função do marido, chefe de família, que deve prover o sustento dos membros, cabendo às mulheres o trabalho doméstico e o cuidado das crianças (DURHAM, 1983). Em contrapartida, a paternidade não é formulada pela participação do homem no processo reprodutivo, sendo que a função definida socialmente para o pai é a de garantir e possibilitar a maternidade (STRATHERN, 1995).

De outro lado, Ramires (1997), ao conduzir um estudo qualitativo com 12 homens de classe média brasileira sobre o exercício da paternidade em famílias monoparentais e nucleares, evidenciou que esses homens tinham a necessidade e o desejo de participar do cuidado e da criação dos filhos, assim como se envolver nas atividades do dia a dia. Entretanto, concomitantemente a esse desejo, esses pais relataram sentimentos de exclusão e incompetência para cuidar dos filhos, principalmente quando bebês. A obrigação e a responsabilidade fora do lar originaram nos homens o sentimento de ter pouco tempo para dedicar a seus filhos, associado a um sentimento de culpa e dívida para com eles.

No que concerne ao imaginário social sobre o pai, destacamos as contribuições de Medrado (1998), ao pesquisar os repertórios linguísticos por meio da análise de comerciais veiculados pela mídia sobre a masculinidade e o cuidado infantil. Esse autor verificou que nas produções discursivas dos comerciais

selecionados, o repertório cultural do “Levo papai no bolso e a mamãe no coração” reforça a constatação de que as atribuições parentais ainda apresentam clara distinção entre a responsabilidade do pai pelo provento material e moral da família e o da mãe de provedora afetiva e “naturalmente” cuidadora dos filhos. O estudo destacou também a figura do “pai pastelão”: esse pai aparece todo desajeitado durante o trabalho de parto da mulher, reforçando o estereótipo masculino que se tem do pai nos serviços de assistência ao parto. Assim, a máxima “homem, nessas horas, só atrapalha” surge sob diversos aspectos neste contexto (MEDRADO, 1998, p. 153).

Nessa perspectiva, Lyra (1997) destaca que

a concepção e criação dos filhos constituem experiências humanas atribuídas culturalmente às mulheres, não incluindo o pai. A paternidade, quando dada é concebida, na maioria das vezes, sob a ótica feminina reforçando a ideia de que são as mulheres que carregam a gravidez. Quase nunca se pergunta ao homem sobre sua participação, responsabilidade e desejo no processo de reprodução [...]. Esta divisão de atribuições masculinas e femininas persiste mesmo quando se apontam vantagens para as crianças e para os homens adultos de uma participação mais efetiva no cuidado com seus filhos (LYRA, 1997, p. 23).

Mudanças sociais, tais como o ingresso da mulher no mercado de trabalho e as novas tecnologias reprodutivas têm impactado na renegociação do significado da paternidade (BUSTAMANTE, 2005; MEDRADO, 1998). Terminologias como “novo pai”, “nova paternidade” e mesmo “novo homem” estão sendo utilizadas para definir essas mudanças nas relações parentais que aconteceram a partir da participação mais efetiva dos homens no cotidiano das famílias (LAMB, 1983).

Trindade (1991) ressalta que o pai sempre foi considerado o provedor-protetor ou líder instrumental da família, enquanto a mãe era quem cuidava efetivamente dos filhos. Entretanto,

Hoje a situação é diferente. Em diversas áreas da atividade humana os pais são reconhecidos não só como afetivamente importantes para os filhos, como também aptos a providenciar os cuidados para o seu bem-estar, inclusive aqueles antigamente restritos às mães. (TRINDADE, 1991, p. 30).

No contexto do “novo pai”, a paternidade é considerada uma oportunidade de expressar sentimentos, possibilitando ao homem a participação ativa no cuidado

com os filhos (BUSTAMANTE, 2005). Unbehaum (1998) destaca que tem ocorrido um movimento de resignificação da paternidade, operado por homens pais que se atribuem competentes para assumir o cuidado de seus filhos, inclusive reivindicando-o como direito no Judiciário.

Na experiência da instituição cenário do estudo, assim como na maioria das UTINs, a participação do pai no cuidado com o filho se dá de forma incipiente no cotidiano dos serviços de saúde, porque os profissionais ainda partem da concepção da mulher como a única opção de acompanhante para o recém-nascido de risco no momento da internação, desconsiderando todo o contexto do pai e das redes sociais que dão suporte a essas famílias.

Vale ressaltar que a produção de trabalhos sobre a relação entre os serviços de saúde e as redes sociais tem sido um campo fértil de investigação por pesquisadores no cenário nacional e internacional. Alguns autores têm focado desde a inserção do pai no processo de nascimento dos filhos nas maternidades (MAZZIERI; HOGA, 2006, CARVALHO, 2003; TARNOWSKI; PROSPERO; ELSEN, 2005; FREITAS; COELHO; DA SILVA, 2007), até sua participação e de outros membros da rede social no cuidado no domicílio com os filhos maiores (LEWIS; DESSEN, 1999; DESSEN; BRAZ, 2000; WAGNER et al. 2005; CREPALDI et al., 2006; BUSTAMANTE; TRAD, 2005 e 2007). Os resultados dessas experiências dão visibilidade e legitimam a diversidade de contextos existentes sobre o cuidado dos pais com seus filhos, tensionando conceitos cultural e socialmente já estruturados, que nos levam a pensar em novas práticas de saúde voltadas a esses usuários.

Embora reconheçamos que as UTINs não estão fora do contexto onde a presença paterna é cada vez mais frequente, no caso específico do recém-nascido de risco internado, verificamos a existência de poucos estudos na literatura sobre a temática da paternidade quando comparada à vivência materna nesse espaço. Podemos inferir que a escassez de estudos dessa natureza se deve a obstáculos do ponto de vista metodológico. Por exemplo, na literatura internacional, alguns autores ressaltam aspectos metodológicos importantes que dificultam a análise dessas experiências a partir da perspectiva paterna (POHLMAN, 2005; LUNDQVIST; WESTAS; HALLSTRÖM, 2007; DENNEY et al., 2009).

Dentre estes aspectos, Pohlman (2005) destaca que o termo “*parents*” (pais) no título dos artigos não garante que o pai esteja incluído na amostra dos estudos; e,

quando estes estão incluídos, suas experiências são analisadas conjuntamente com as das mães, o que torna difícil identificar as especificidades paternas presentes nas conclusões. Pohlman (2005) destaca ainda que, ao compararem aspectos maternos e paternos no cuidado com o filho, as mães são consideradas o “padrão ouro”.

Assim, apesar da importância da relação pai-e-filho, no caso de recém-nascidos de risco, ser reconhecida na literatura internacional e nacional,¹⁰ observamos que na maioria dos estudos sobre a experiência de ter um filho internado na UTIN o foco é a mãe e pouco se conhece sobre os efeitos deste momento na relação entre o pai e seu filho (DENNEY et al., 2009).

Identificamos que os pais e as mães de RNs de risco apresentam maior grau de estresse pela vivência da internação do filho na UTIN (JACKSON; TERNESTEDT; SCHOLLIN, 2003) e que, no caso específico dos pais, pode ser aumentado pela dificuldade de articulação do tempo para as visitas no hospital, responsabilidades do cuidado com o domicílio e os horários de trabalho (LUNDQVIST; JACOBSSON, 2003; POHLMAN, 2005; AROCKIAMASY; HOLSTI; ALBERSHEIM, 2008).

Por sua vez, o envolvimento dos pais no cuidado com os filhos pré-termo se apresenta de forma não conclusiva na literatura. Em estudo conduzido por Brown et al. (1991), os resultados revelaram que houve um envolvimento mais precoce dos pais nos casos de recém-nascido pré-termo (RNPT) quando comparados aos recém-nascidos saudáveis, sendo que em outra pesquisa foram verificados escores menores de envolvimento paterno com os filhos recém-nascidos pré-termos internados na UTIN, quando comparado com pais de RNs saudáveis (RIMMERMAN; SHERAN, 2001).

No caso brasileiro, encontramos alguns achados interessantes acerca do envolvimento mais intenso do pai com o recém-nascido pré-termo. Tronchin e Tsunechiro (2006), em estudo que envolveu seis pais de RNPT egressos de uma UTIN de um Hospital Universitário de São Paulo, evidenciaram que as vivências de contato “pele a pele” com o filho proporcionaram maior tranquilidade aos pais, colaborando para o fortalecimento do relacionamento com o filho.

¹⁰ Na literatura internacional, consideramos os estudos de Denney et al. (2009), Lundqvist e Jakobsson (2003), Lundqvist, Westas e Hallström (2007), Pohlman (2005); e na literatura nacional, Tronchin (2003), Tronchin e Tsunechiro (2006).

No cotidiano da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da instituição em estudo, ao mesmo tempo em que se abrem as possibilidades para um “*novo pai*”, percebemos que muitas vezes essa nova face da paternidade não é compreendida nem estimulada por parte das mulheres e da equipe de profissionais de saúde. O que se verifica na construção do cuidado com o recém-nascido é que existe um reconhecimento dos pais como **uma visita para a criança e um apoio para a mulher** naquele momento, e não como um usuário que tem suas demandas e necessidades específicas no cuidado com o filho.

Corroborando Carvalho (2003), que aponta para a necessidade de mudança deste modelo de assistência tradicional que considera apenas a participação feminina, entendemos que ele deve ser revisto no sentido de considerar a incorporação dos pais nessas unidades e apreender suas especificidades no cuidado com o filho (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005). A busca por esta mudança tem como suporte estudos que demonstram que os pais acreditam na sua capacidade para lidar com a situação para que seja possível dar suporte à esposa, já que se consideram os “protetores da família” (LUNDQVIST; JACOBSSON, 2003; POHLMAN, 2005; AROKIAMASY; HOLSTI; ALBERSHEIM, 2008).

Freitas, Coelho e da Silva (2007) verificaram que o sentir-se pai se dá pela possibilidade de vivência e superação das contradições e expressão das experiências afetivas do homem ao ser pai. Considerando a situação de um filho que necessita de internação em uma UTIN logo após o nascimento, acreditamos que a permanência do pai nesse espaço é fundamental para a integralidade do cuidado. Nessa perspectiva, a discussão sobre o exercício da paternidade na integralidade do cuidado neonatal vem afastada da expectativa de que os homens deveriam cuidar dos filhos e permanecer na instituição, segundo um modelo feminino. Ou seja, não se espera que seja construída uma *Casa das Sofias* para que os pais permaneçam na instituição ou que agora eles sejam considerados os principais responsáveis pelo cuidado com os filhos.

Reconhecemos as dificuldades que os homens enfrentam para se adaptar a um sistema de saúde estabelecido para atender exclusivamente às mulheres, como os serviços voltados para a saúde reprodutiva (KORIN, 2001). Assim, conhecer e analisar o itinerário destes pais e as redes sociais na qual se inserem e a relação

desses com os serviços de saúde pode gerar “pistas” sobre seu reconhecimento como usuário legítimo nas práticas cotidianas de cuidado na UTI neonatal.

A participação de todos os sujeitos envolvidos no cuidado dentro dos serviços de saúde é premente para o tensionamento constante do que está sendo ofertado, de forma que sempre haja necessidade de adequações e o cuidado prestado aos sujeitos assumam novas configurações (PINHEIRO; LUZ, 2007; ANDRADE; VAITSMAN, 2004).

A partir desses pressupostos, entendemos que há elementos que devem ser mais bem explicitados para compreender o itinerário desses pais na UTIN. Assim, propomos uma análise das dimensões das políticas e organização dos serviços de saúde, bem como dos saberes e práticas dos profissionais, cuja noção do direito do usuário é parte constitutiva e constituinte da discussão sobre a integralidade no cuidado ao recém-nascido e a família.

1.1 A dimensão da organização das políticas e dos serviços de saúde

Partimos do pressuposto de que a integralidade é entendida como uma ação social resultante da interação dos sujeitos, em planos distintos de atenção à saúde, permeados por espaços de exercício de poder, constituindo **práticas sociais, influenciadas por práticas sanitárias e políticas** (PINHEIRO, 2001). Essas práticas se materializam na atenção à saúde: no plano individual, no ato de atenção ao paciente; e no plano sistêmico, na garantia das ações dos diferentes níveis de complexidade da rede de serviços. Em ambos os planos, a integralidade como saber e como prática se materializa em espaços públicos configurados pelo encontro do profissional/serviço por meio das relações estabelecidas com o usuário/comunidade, onde é possível ressignificar e/ou consolidar as práticas dos sujeitos, ensaiar alteridades ou atualizar as instituições (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

A perspectiva da integralidade, na organização dos serviços, surge como um modo de repensar os serviços sempre aberto a uma necessidade não contemplada

anteriormente (MATTOS, 2001). A compreensão “alargada”¹¹ sobre os contextos, os atores em suas práticas cotidianas, norteados pela integralidade nos permitem pensar na inclusão dos homens em espaços de cuidado dentro das instituições de saúde. Essa discussão nos coloca o imperativo de construir alternativas para as transformações dos modelos tecnoassistenciais (SILVA JUNIOR, 1998) e políticas públicas capazes de atender ao direito à saúde dos usuários, sejam eles homens, mulheres, crianças e/ou idosos.

No que concerne à gestão no âmbito federal, identificamos um conjunto de iniciativas destinadas à melhoria da gestão em saúde, em especial, a Política Nacional de Humanização (PNH), que defende alguns “valores” como a corresponsabilidade entre os sujeitos na construção da saúde, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004a). Concomitantemente a sua implantação, podemos verificar que foram criados dispositivos institucionais, dentre eles a lei do acompanhante e a visita aberta (BRASIL, 2004b), com o objetivo de promover maior interação entre os usuários, profissionais e gestores nas instituições de saúde, que nos parecem os mais pertinentes para a discussão aqui apresentada.

Para avançar nessa discussão, iniciaremos nossa explanação sobre como as práticas institucionais e sanitárias influenciam as políticas públicas em uma via de mão dupla, contribuindo para pensarmos a integralidade da atenção e no cuidado nas instituições hospitalares, *no e além* dos hospitais.

Segundo McGraw (2006), a participação do pai no nascimento do filho é importante para o estabelecimento da relação inicial entre eles, tendo que ser especialmente preservada e “cuidada” nas situações em que o filho nasce com risco de internação da UTIN. Atualmente, a lei do acompanhante (BRASIL, 2005) está disposta no âmbito federal garantindo o direito de escolha de um acompanhante pelas parturientes nas maternidades. No entanto, o que se observa é que a presença paterna tem ocorrido de forma incipiente, menos por desejo materno de que seja o pai e mais por restrições institucionais dos hospitais.

¹¹ No sentido proposto pela autora Hannah Arendt (2008), de incluir o outro para uma melhor compreensão e julgamento de nossas decisões.

A assertiva sobre a dificuldade da presença paterna pode ser consubstanciada por Carvalho (2003), que em estudo realizado numa maternidade pública do Rio de Janeiro buscou conhecer o impacto dos pais sobre a experiência de acompanhar suas esposas no nascimento de seus filhos. Essa autora observou que a participação dos pais é desvalorizada pelos profissionais de saúde, tanto como suporte à parturiente como um evento da paternidade. Revelou-se, ainda, uma ambiguidade institucional quanto à presença dos pais, uma vez que, apesar de o “direito ao acompanhante” se constituir numa política da maternidade, havia falta de informações quanto ao direito de escolha do acompanhante pelos usuários, assim como falta de privacidade no espaço físico do pré-parto, o que restringia a presença paterna nesse momento (CARVALHO, 2003).

Não podemos deixar de citar que o direito ao acompanhante para o recém-nascido e criança nos serviços de saúde encontra-se consolidado no artº 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), onde verificamos que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 1991, p. 14).

O segundo ponto de discussão é a visita aberta, que constitui outro dispositivo preconizado pela PNH e “caro” às instituições hospitalares brasileiras, em especial, aos serviços de neonatologia. No entendimento dos formuladores da política, este é um

dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente (BRASIL, 2004b, p. 5).

O atual conhecimento científico, aliado à experiência dos serviços de saúde, tem demonstrado que a entrada de familiares não oferece riscos para os recém-nascidos e visitantes. No entanto, o contexto histórico da construção de normas de controle nas UTINs (SCOCHI, 2000; LAMY, 1995) tem contribuído para a ideia de que elas devem ser uma unidade “fechada”. Assim, acabam criando uma cultura institucional que condiciona o menor o número de pessoas não-profissionais na unidade a um menor número de complicações para os RNs internados.

Na prática, observamos que as instituições convivem com uma diversidade de horários para a entrada de pais e mães nas UTINs, inclusive com diferenciação entre eles, por exemplo: o horário se inicia às 10h da manhã para as mães e de 14 às 15h para os pais na unidade estudada por Gaiva e Schochi (2005). Na instituição em estudo, o horário materno é irrestrito, mas o horário permitido para os pais permanecerem é das 9 às 21 horas (HSF, 2008b). Nesta última, embora haja restrição para o horário noturno, já se observa grande diferenciação em termos de amplitude de período de visitas em relação à maioria das instituições hospitalares.

Além da compreensão de que pai e mãe devem ter o mesmo acesso às unidades, não se pode deixar de considerar que a longa permanência dos recém-nascidos de risco no hospital gera mudanças nos aspectos emocionais, econômicos e sociais desses sujeitos, podendo trazer complicações na interação inicial com seus filhos (LATVA et al., 2007).

A alta complexidade envolvida nos cuidados ao recém-nascido na UTIN deve abarcar também a rede de relações intersubjetivas relacionadas aos afetos e desejos. Abrir espaço para a família dentro destas unidades implica reconhecer as subjetividades subjacentes às expectativas desses sujeitos em relação a este recém-nascido internado com as redes sociais presentes neste contexto.

Contra-pondo-se à realidade da maioria dos serviços nacionais, Helman; Martinez e Health (1996) descrevem a experiência de um hospital em Buenos Aires, Argentina, que adota a visita aberta para familiares com o objetivo de oferecer a oportunidade de vivenciarem o processo de internação na UTIN. Neste sentido, os gestores, por meio de políticas institucionais, cumprem a função de integrar os membros da rede de suporte no processo de internação do RNPT de forma que o grupo familiar se fortaleça (HELMAN; MARTINEZ; HEALTH, 1996).

Em outro estudo, conduzido na Finlândia pelos pesquisadores Latva et al. (2007) com o objetivo de investigar a frequência de visita pelos familiares em uma UTI que adota a visita aberta, verificou-se que as mães visitavam seus filhos uma média de 6,7 dias/semana e os pais de 4,8 dias/semana. Esses autores verificam que a visita paterna se tornava menos frequente diante de dois fatores: a distância entre domicílio e o hospital e a existência de outros irmãos nas famílias. Este estudo levantou a hipótese de que o pai permaneça cuidando das outras crianças em casa para que a mãe possa visitar o filho internado (LATVA et al., 2007).

No nosso contexto, compartilhamos da ideia de Cecílio (2001), quando afirma que o cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, independentemente do seu nível de complexidade, deve estar atento à potência de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, sejam eles de saúde ou não. Dessa maneira, em meio aos alarmes ininterruptos e da vigilância constante dos profissionais, podemos criar um espaço dentro das unidades de saúde que possibilite a expressão da subjetividade de cada um dos membros da família frente ao nascimento. Em especial, para aqueles que tiveram filhos em uma situação de risco e que necessitaram de atendimento urgência, sejam eles sentimentos de dor, preocupação, tristeza, alegria e frustração (LAMY, 1995; HELMAN; MARTINEZ; HEALTH, 1996).

Segundo Lamy (1995), não se trata apenas de permitir o acesso dos pais à UTIN; é necessário que seja abordado com eles o entendimento sobre aquela vivência de forma a favorecer sua permanência junto ao filho. Assim, parece pertinente pensar as experiências dos usuários como resultantes de uma rede de significações diversificadas e compartilhadas, que pressupõe, igualmente, redefinir a saúde como fenômeno social e cultural que não pode ser restrito à compreensão substantivista fornecida pelos indicadores epidemiológicos (MARTINS, 2008a).

De todo modo, observamos que o movimento de reconhecimento dos pais tem ultrapassado as barreiras das unidades e organizações civis, como o Instituto PAPAI,¹² sediado em Recife, tem desenvolvido ações educativas, informativas e políticas junto a homens, bem como estudos sobre a masculinidade a partir da perspectiva de gênero como uma categoria relacional. Dessa maneira, esse Instituto defende que os homens têm direito à saúde, e que nos serviços considerados exclusivamente de assistência à mulher e à criança, como maternidades e UTINs, eles devem ser reconhecidos como *pais* e não *visitas* ou *acompanhantes* das mulheres.

Essa problemática apresenta desdobramentos importantes no que concerne à identificação de dificuldades e obstáculos à participação dos usuários no processo de cuidado na saúde, pois nos leva a considerar “que os espaços instituídos nem sempre se fazem públicos na medida em que os sujeitos não se percebem

¹² Site do Instituto PAPAI. Outras palavras: o pai tem direitos nos serviços de saúde. Disponível em <<http://www.papai.org.br>>. Acesso em: 27 jun. 2009.

autorizados a um pertencimento ativo” (LACERDA; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 320). Tanto o dispositivo da lei do acompanhante como a visita aberta apresentam insuficiências quanto à permeabilidade no que se refere aos aspectos sociopolíticos e culturais dos usuários. Em particular, ao que se refere às fragilidades e potências no exercício da paternidade durante o período perinatal, de modo a não ampliar a interlocução entre as instituições e estes pais/comunidade, com vistas a possibilitar a construção da cidadania no cuidado à saúde.

Tomando o cotidiano das instituições como campo de observação das práticas, acreditamos que é neste espaço que as ações políticas ganham materialidade social e expressam as formas de criação e apropriação da produção e reprodução da vida coletiva (PINHEIRO, 2001). É neste contexto que surge o terceiro aspecto a ser discutido neste trabalho e que consiste no impacto das políticas trabalhistas sobre a participação dos pais no cuidado com o filho e na organização dos serviços de saúde. Essa assertiva é corroborada por Carvalho (2003), ao constatar que a falta de proteção das leis trabalhistas para os homens no momento do nascimento do filho é um dos atributos para a não-presença paterna, já que o direito à licença paternidade vigora apenas após a comprovação por meio da certidão de nascimento do filho ao empregador.

Segundo Freitas, Coelho e da Silva (2007), para muitos homens, sentir-se pai é um fato que ocorre posteriormente ao nascimento do filho e pode ser influenciado pela falta de espaço para os homens participarem do processo gravídico desde o pré-natal até o parto nos serviços de saúde. As autoras destacam a importância do planejamento de ações institucionais específicas para a população masculina, a fim de oferecer suporte nas situações de conflito geradas pela gravidez da companheira e nascimento dos filhos. Dessa maneira, a participação mais efetiva do homem na gravidez e após o parto pode ser um fator facilitador para o estabelecimento de relações mais igualitárias de responsabilidade e solidariedade no cuidado com os filhos (FREITAS; COELHO; DA SILVA, 2007).

Há que se considerar que, no caso de um recém-nascido de risco, as circunstâncias que sucedem o nascimento, como, por exemplo, uma cesárea de urgência, geralmente está associada a preocupação do pai e sentimentos de ansiedade em relação a saúde e sobrevivência da mulher e do filho (ANDERSON, 1996).

Em outros países, foi possível constatar a existência de certa influência das políticas públicas no apoio ao exercício da paternidade no que diz respeito à participação do pai no cuidado com o filho internado na UTIN, de acordo com os resultados observados em dois estudos internacionais realizados por Pohlman (2005) e Lundqvist, Westas e Hallström (2007), nos Estados Unidos e na Suécia,¹³ respectivamente. Pohlman (2005) evidenciou que os pais, ao terem que retornar imediatamente ao trabalho após o nascimento e a internação do filho, acreditam que sua participação no cuidado com o filho estava vinculada à manutenção da segurança financeira da família e sua permanência na UTIN se restringia aos momentos de visita após o trabalho. Já no estudo conduzido por Lundqvist, Westas e Hallström (2007), os pais participaram mais ativamente, demandando um processo de negociação com profissionais sobre o cuidado do filho. Os últimos autores atribuem a diferença dos resultados às políticas de licença-paternidade e à estrutura dos sistemas de saúde nesses dois países, já que o retorno ao trabalho nos Estados Unidos pode estar relacionado também a uma necessidade de pagar os altos custos da assistência à saúde do filho, o que não acontece na Suécia, onde as despesas são custeadas pelo governo.

Para Pinheiro (2001):

[para] pensar em saúde, ou mesmo fazer uma política de saúde pública, é necessário incluir nos modelos de intervenção aspectos inerentes a outros contextos – tais como o econômico, social e cultural – pois o limite de suas ações acaba por influenciar tanto a organização da oferta dos serviços de saúde como a construção de demandas que buscam esses serviços (PINHEIRO, 2001, p. 79).

Já para Ramires (1997), a organização social e do trabalho se encontra longe de estar preparada para dar suporte à participação masculina na criação e no cuidado com os filhos de forma equitativa, quando se comparam homens e mulheres. Isso fica evidente quando consideramos que a legislação social brasileira, por meio da Constituição de 1988, aprovou a licença-paternidade de cinco dias,

¹³ Um ponto importante a ser esclarecido antes da apresentação das conclusões dos estudos é que a Suécia é o país que tem a legislação mais avançada no que diz respeito à equidade dos gêneros na situação de cuidado com os filhos. Nesse país, o pai tem direito a licença nos 10 dias que antecedem o parto e, após o nascimento do filho tem direito a uma licença remunerada (*Föräldrapenning*) de até 450 dias. A forma de usufruir a licença pode variar: por tempo integral, por meio-expediente ou apenas durante um quarto da jornada diária de trabalho. Também é possível transferir a licença remunerada para o parceiro(a), garantindo-se, entretanto, 30 dias que são intransferíveis (FARIA, 2002).

enquanto a licença-maternidade é de 120 dias. Em 2008, avanços foram realizados com a aprovação da sua extensão para 180 dias pelo governo, caso a empresa adotasse essa política (BRASIL, 2008). Contudo, ainda tramita no Congresso Nacional o projeto de lei nº 666/07, da senadora Patrícia Saboya, que prevê o aumento da licença-paternidade de cinco para 15 dias. É notável que a própria estrutura das políticas e instituições pressupõe uma participação diferenciada de homens e mulheres no cuidado com os filhos, o que define percursos distintos dentro dos serviços de saúde.

Ramires (1997) acrescenta que o fato de os pais terem sido afastados do cuidado direto com os filhos é uma construção social, cultural, dependente de fatores econômicos e políticos. Entretanto, algumas autoras defendem que

o sentir-se pai pode ser concebido e vivido como um direito e um dever. Direito do homem, de expressar seus sentimentos e participar dos cuidados sem o estigma da afirmação sexual. Dever, pela necessidade do filho de ter um pai participativo dos cuidados e da afetividade e pela necessidade de divisão de tarefas entre homens e mulheres (FREITAS; COELHO; DA SILVA, 2007, p. 143).

O princípio da integralidade como norteador das políticas públicas se apresenta como uma recusa em aceitar as propostas que reduzam esta dificuldade somente aos aspectos sanitários, desconsiderando os fatores sociais e culturais. Como uma construção coletiva dos sujeitos, a integralidade ganha expressão no encontro de diferentes perspectivas dos sujeitos envolvidos, seja no espaço das políticas, da organização ou das práticas e saberes no cuidado em saúde.

1.2 A dimensão das práticas e saberes dos profissionais na produção do cuidado na UTIN

As UTINs são atualmente o espaço de maior especialização do cuidado aos RNs nas instituições de saúde, o que implica uma concentração de diferentes profissionais, tecnologias e saberes (DUARTE, 2007). Esse cuidado demanda procedimentos complexos e instrumentalizados por técnicas específicas, mediadas por equipamentos sofisticados, que ora são instrumentos, ora são objetos do trabalho da equipe (GAIVA; SCOCHI, 2005).

A discussão acerca das práticas dos profissionais no cuidado em saúde não pode prescindir das origens históricas do modo de organização da produção que tem sido coerente com a hegemonia capitalista na nossa sociedade. Entre as contradições do modo de produção capitalista, sobretudo as do modelo taylorista, encontramos a divisão social do trabalho com a correspondente divisão técnica das atividades, que se reflete na separação entre trabalho manual e intelectual e entre dirigentes e dirigidos. Essa separação objetiva a divisão tanto de tarefas como de responsabilidades para os membros de um grupo de trabalho, de acordo com a natureza e o grau de qualificação, constituindo processos mais ou menos regulados de formação e trabalho (LOPES; HENRIQUES; PINHEIRO, 2007).

A variedade e a heterogeneidade dos componentes da equipe de saúde corroboram a assertiva de Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), ao afirmarem que o aumento da complexidade da organização do serviço e a presença de diferentes profissionais fazem com que estes não se organizem a partir de um único processo de trabalho. Nesse espaço há redução da dimensão cuidadora, em detrimento dos núcleos de saberes específicos, acentuando a fragmentação do neonato e a valorização das tecnologias contidas nos equipamentos e protocolos de condutas clínicas, que também desconsideram o pai como sujeito que carrega um conjunto de valores simbólicos, fundamental para a organização do cuidado ao recém-nascido.

Na organização do cuidado neonatal, observa-se que quando o bebê é internado na UTI, ele passa a “*ser*” da instituição e dos profissionais de saúde, já que os médicos e o serviço de enfermagem se apropriam dos seus cuidados (LAMY, 1995). Nesse contexto, verifica-se também uma equipe de assistência composta por diferentes categorias profissionais que, na sua atuação, sobrepõem ações ou um processo de trabalho que se caracteriza mais como multidisciplinar do que interdisciplinar.

Segundo Duarte (2007), as perspectivas de vida do neonato de risco advindas das tecnologias utilizadas para seu cuidado passam a exigir a incorporação de diferentes olhares e saberes, levando a uma inevitável segmentação do atendimento de suas necessidades. Como decorrência desse contexto, as UTINs se tornam espaços em “que se necessita de permissão e orientações para entrar e onde são ensinados sobre como conduzir-se: quando tocar, o que fazer” (LAMY, 1995, p. 144). Observa-se, nas equipes assistenciais, uma preocupação maior com o quadro

clínico do bebê, fragmentando-o do seu contexto social e do significado dessa situação para seus membros da família (OLIVEIRA et al., 2006; LAMY, 1995).

Merhy (2002) considera que, apesar da produção de um ato de saúde precisar de diferentes profissionais, independentemente da interseção de seus diferentes saberes específicos, deverá existir outro núcleo que pertença a todos os profissionais e que diz respeito ao campo das relações estabelecidas entre os profissionais e destes com os usuários.

A integralidade como princípio norteador busca direcionar os saberes e práticas dos profissionais para que haja uma confluência, não sem conflitos, para que o cuidado aconteça. Cecílio e Merhy (2007) destacam a importância de se pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão que resultem numa atuação mais solidária dos trabalhadores nesse cotidiano. No contexto dessa pesquisa, incluiria-se imaginar a assistência ao recém-nascido na UTIN como um espaço de ressignificação contínua de práticas e saberes pelos membros da equipe a partir do encontro com o pai. Segundo Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), quando incluímos o outro na organização do cuidado, esse trabalho passa a ser considerado “subjetivado” e o foco do cuidado deixa de ser algo “sobre o qual” a atividade incide e passa a ser alguém “com quem” o trabalho da equipe é realizado.

Isso se torna ainda mais relevante quando os estudos apontam que a percepção do pai em relação à atuação da equipe demonstra a importância da atitude clínica dos profissionais, como um elemento de ajuda na presença paterna nesse contexto (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006). Verifica-se que os pais gastam longos períodos de tempo observando a equipe e esperam “um convite”, por parte dos profissionais, para participar do cuidado com seu filho na UTIN (LUNDQVIST; WESTAS; HARLLSTRÖM, 2007).

A espera desse convite por parte dos pais encontra apoio na reflexão proposta por Cecílio (2001), de que muitas vezes um pedido expresso de forma verbal pelos usuários pode ser uma tradução de demandas mais complexas, presentes no âmbito das subjetividades. Na busca da satisfação dessas demandas, a integralidade se materializa no esforço da equipe para atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas e captadas em sua expressão individual (CECÍLIO, 2001).

A partir desse entendimento, parece-nos oportuno discorrer sobre a temática do trabalho em equipe na saúde, na medida em que nos possibilita pensar as implicações das relações estabelecidas entre os profissionais no cuidado com o recém-nascido na UTIN. Pinheiro e Mattos (2001, 2007a, 2004, 2005, 2006, 2007b, 2008) e Pinheiro, Barros e Mattos (2007) ¹⁴ apresentam expressiva discussão sobre o trabalho em saúde sob o eixo da integralidade, compreendendo-o como um exercício ético-político no qual estão imbuídos valores que reconhecem a alteridade dos sujeitos nas práticas de cuidado. Para esses autores, o trabalho em saúde é um espaço permeado de relações de poder e hierarquia, que tem no cuidado um valor ético-político que deve ser defendido.

Para Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), o trabalho em equipe na saúde toma a imagem de uma orquestra como metáfora, para o qual recomendam considerar que

[a] heterogeneidade de práticas é essencial para a eficácia das equipes de saúde, na medida em que existam pontos de confluência, que suas interfaces são valorizadas. O trabalho dos diferentes profissionais deve ser orquestrado, de forma a apresentar coerência interna. A orquestração ocorreria tendo a *relação* com o usuário como condutora das ações. A partir do contato com ele - contato fundamentado no *acolhimento*, *vínculo* e *escuta* - o ritmo e o arranjo das práticas devem ser definidos (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 114-115 – grifos no original).

Ao considerar que um projeto terapêutico é muito mais complexo do que podem responder o recorte e a circunscrição de uma profissão isolada, Ceccim (2004) propõe um movimento *entre-disciplinar* no qual reconhece que precisamos da oferta e prestação direta dos saberes e práticas conformados pelos recortes profissionais, mas também da intensa mobilização da permeabilidade das fronteiras dessas conformações.

Ceccim (2004, p. 271) argumenta que “a equipe multiprofissional vertida em território de experimentação deveria ser objeto de fundação do trabalho em saúde, lugar de experiência profissional e ferramenta de apropriação de saberes e práticas e de transformações”. O autor defende, portanto, que mais do que a necessidade do

¹⁴ Incluindo, especificamente, as discussões realizadas por autores como Honorato e Pinheiro (2007); Bonaldi *et al.* (2007), Gomes *et al.* (2007), Pinheiro (2007), Lopes, Henriques e Pinheiro (2007a) e Zoboli (2007).

trabalho em equipe multidisciplinar, deve-se buscar uma prática mestiça, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade com os usuários e outros membros da equipe de saúde (CECCIM, 2004).

Para Cecílio (2001), o vínculo estabelecido entre o usuário e a equipe/profissional de saúde significa mais que do que sua inclusão no serviço, mas o estabelecimento de uma relação contínua, encontro de subjetividades.

Silva Junior e Mascarenhas (2004) defendem o acolhimento como uma postura que pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas numa relação de mútuo interesse, confiança e apoio.

Nas unidades de cuidados neonatais, é possível acompanhar os processos de produção do reconhecimento do pai como usuário, com a equipe de saúde, no cotidiano das práticas de cuidado do recém-nascido. A relação do pai com as equipes da UTIN é influenciada também pelo tempo dedicado pelos profissionais no entendimento das suas aflições diante da situação de adoecimento do filho, considerados elementos importantes no encorajamento do pai para permanecer na unidade e superar esse momento. Os pais atribuem à equipe assistencial a responsabilidade de dar suporte a eles, por meio de perguntas abertas como “o que vocês estão pensando?”. Dessa maneira, eles poderiam se sentir reconhecidos, uma vez que os membros da equipe os consideram menos envolvidos emocionalmente com a situação do que suas esposas (AROCKIASAMY; HOLSTI; ALBERSHEIM, 2008).

Neste sentido, a informação compartilhada pelos profissionais sobre a situação de saúde do filho internado na UTIN parece ser determinante para aliviar a sensação de “falta de controle” vivenciada pelos pais nesse contexto. Os pais relatam que alguns fatores como a quantidade, o tempo e a forma como são fornecidas as informações pela equipe de assistência são aspectos importantes que os ajudam a superar a situação e se sentirem mais competentes (AROCKIASAMY; HOLSTI; ALBERSHEIM, 2008). Além disso, a possibilidade de participar das decisões sobre o cuidado do próprio filho aumenta sua sensação de competência junto à equipe.

Nesse momento, os pais demandam um profissional específico, seja o médico ou a enfermeira, e os qualificam não apenas por seu conhecimento técnico-científico, mas principalmente por sua capacidade de escutar e estabelecer vínculos com eles, mães e familiares (AROCKIASAMY; HOLSTI; ALBERSHEIM, 2008).

Para Gomes et al. (2007), estar aberto à alteridade nos serviços de saúde pressupõe correr riscos, sair do conforto e segurança garantida pelos pressupostos científicos e prescrições morais e perceber nossa fragilidade, colocando em xeque nossa identidade, ou seja, “aquilo que acreditamos que somos, que fazemos e vivemos, bem como os porquês de sermos, fazermos e vivermos desta ou daquela maneira” (GOMES et al., 2007, p. 25). Entender que as diferenças entre os sujeitos são permeadas por questões como etnia, gênero e raça, expressam necessidades específicas em relação ao cuidado em saúde que de algum modo carregam valores é compreender que o cuidado prestado deverá atender de forma adequada às demandas apresentadas, constituindo-se numa ação política por meio de práticas eficazes e não por modelos ideais (PINHEIRO, 2007a).

Consideramos pertinente assumir que o cuidado é uma atitude, uma maneira como a pessoa funda e constrói sua relação com as coisas, com o mundo e com nós mesmos. Este cuidado se manifesta por meio de atributos como “ocupação, preocupação, responsabilização radical, sensibilidade para com a experiência humana e reconhecimento do outro como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças” (ZOBOLI, 2007, p. 63).

Por outro lado, ter contato físico com o filho se mostrou importante para que os pais tivessem a concretude da sensação de que se tornaram pais (AROCKIASAMY; HOLSTI; ALBERSHEIM, 2008). Nesse momento, os membros da equipe são elementos-chave no sentido de oferecer as oportunidades para que os pais experimentem com os filhos relações de afeto, interesse e prazer (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006; ANDERSON, 1996).

Diante de diferentes demandas, torna-se fundamental a abordagem desses pais pela equipe, de forma direta, sobre suas expectativas e demandas para que eles possam se sentir reconhecidos como usuários, uma vez que os pais delegam à equipe as decisões sobre o cuidado com o filho. Uma atitude de cuidado com esses pais implica acolhimento, envolvimento e reconhecimento, nos quais devem estar presentes a interação, a troca e o respeito pelos diferentes saberes (LACERDA;

VALLA, 2004). Esse ponto de encontro com o outro, entendido como acolhimento, em que se reconhece a alteridade do outro, é constitutivo de toda prática de saúde orientada pela integralidade.

Gomes et al. (2007) concluem que pensar a integralidade e o trabalho em equipe a partir da dimensão de uma ética pautada pela alteridade implica estabelecer relações de legitimação do outro, em que

aceitar o outro como legítimo é perceber suas qualidades, potencialidades e desejos, mas também seus defeitos, limites e angústias. É perceber até onde a ação de cada um pode e deve ir, o quanto os diferentes saberes podem contribuir para a realização de uma ação de saúde e a importância de todos para a eficácia dos serviços. (GOMES et al., 2007, p. 35).

Podemos afirmar que, de um modo geral, todos esses autores compartilham do entendimento de que, ao termos contato com o outro, o cuidado deve ser considerado uma proposta ético-política e não apenas um ato de assistência fragmentado de ações de saúde prestadas ao recém-nascido e sua família.

Abordar o espaço dos serviços de saúde como um lugar onde muitos podem lançar mão de sua própria perspectiva e entendimento acerca das coisas, de si e dos outros, nos leva a considerar que o trabalho – e conseqüentemente, o cuidado em saúde – se funda no encontro entre os sujeitos. Neste contexto, abrir-se para o outro aumenta o espaço para nossas ações de cuidado e (por que não?) políticas, que podem produzir efeitos na vida desses profissionais, usuários e redes sociais.

As dimensões propostas neste capítulo levam à compreensão de que, para o reconhecimento do pai, é necessário o compartilhamento, a publicização e o confronto dos seus saberes e expectativas com as outras perspectivas dos sujeitos envolvidos no cuidado, de forma a reconhecer seu percurso no serviço de saúde como um agir ético-político.

2 RECONHECIMENTO, REDES SOCIAIS E MEDIAÇÕES: CONSTRUINDO OS NEXOS ENTRE O ITINERÁRIO DA PATERNIDADE E A INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DO CUIDADO NEONATAL

Partimos do pressuposto de que o exercício da paternidade no cotidiano do cuidado neonatal leva os pais a construírem percursos e trajetórias de buscas por reconhecimento que se concretizam no estabelecimento de mediações com as redes sociais inseridas tanto no âmbito institucional como na comunidade.

Verificamos, na revisão de literatura sobre o tema da paternidade, lacunas de conhecimento sobre essa construção que assumem tal perspectiva, o que nos convoca a incluir novos aportes teórico-conceituais que fundamentam a noção de itinerário da paternidade como uma prática social. Discutiremos neste capítulo as fontes teóricas que embasam a ideia de reconhecimento, redes sociais e mediações como categorias-chave para analisar a construção social dos itinerários da paternidade como luta por direito à saúde.

Com efeito, a importância de aprofundar o estudo sobre as relações que se estabelecem entre os pais e suas redes sociais, para seu reconhecimento como usuário em suas comunidades e nos serviços, se ancora na compreensão de que o cotidiano do cuidado neonatal se configura num espaço público privilegiado¹⁵ (ARENDDT, 2007), portanto um caminho fértil para apreender e analisar o exercício da paternidade como um tipo de dinâmica societária, e por isso, política.

Observamos ainda que tais relações se constituem de modo a criar visibilidades para diferentes mediações específicas ao campo da saúde, que são proporcionadas pelo que Martins (2008a) denominou como **mediadores colaboradores**. Para o autor, esse tipo de mediação se configura a partir de

¹⁵ Apoiamo-nos no entendimento de Ortega (2000, p. 22), a partir de Hannah Arendt “Não ligando o espaço público ao Estado, não existe nenhum local privilegiado para a ação política, isto é, existem múltiplas possibilidades de ação, múltiplos espaços públicos que podem ser criados e redefinidos constantemente, sem precisar de suporte institucional, sempre que os indivíduos se liguem através do discurso e da ação: agir é começar, experimentar, criar algo novo, o espaço público como espaço entre os homens pode surgir em qualquer lugar, não existindo um lócus privilegiado.”

associações públicas híbridas¹⁶ que envolvem diferentes atores, tanto nos espaços das instituições como da comunidade, de modo a possibilitar o efetivo exercício da paternidade no cuidado com o recém-nascido de risco. Para fundamentar essa proposição analítica, pareceu-nos auspicioso articular os conhecimentos da Filosofia, Política e Sociologia e da Saúde Coletiva, de forma a pavimentar um solo epistemológico que nos auxilie na compreensão da construção do itinerário da paternidade, a partir do exame das relações do pai e as redes sociais e dos processos de mediações cotidianas estabelecidos para sua concretização.

A ideia de cotidiano adotada neste estudo se apoia na possibilidade de entendê-lo como um espaço constituído pelas práticas dos sujeitos num movimento de valorização do agir, o que nos permite pensar a integralidade como práticas eficazes que se manifestam por meio de ações que têm a capacidade de mudar o saber e o fazer na saúde (PINHEIRO; LUZ, 2007). Esta assertiva encontra ressonância na proposição de Michael Certeau, que considera que a análise do cotidiano se refere aos modos de operação ou esquemas de ação dos sujeitos nos espaços, nos quais cada individualidade é o lugar onde atua uma pluralidade incoerente (e muitas vezes contraditória) de determinações sociais (CERTEAU, 2007).

Ao refletir sobre a vida cotidiana, Schutz considerava a intersubjetividade como a categoria central de análise fenomenológica, sendo vivida em situação de "familiaridade" sob a forma do "nós", permitindo a compreensão do outro como ser único em sua individualidade. Isso se apresenta no que ele determina como "mundo da vida". Para esse autor, "não é de forma alguma meu mundo privado, mas é, desde o início, o mundo intersubjetivo compartilhado com meus semelhantes, vivenciado e interpretado por outros; em suma é um mundo comum a todos nós." (SCHUTZ, 1979, p. 159).

Assim,

o mundo da vida cotidiana é a cena e também objeto de nossas ações e interações. Temos que dominá-lo e modificá-lo de forma a realizar os propósitos que buscamos dentro dele, entre nossos

¹⁶ Trata-se de associações contemporâneas que têm como característica o fato de não recrutarem de maneira clara e exclusiva, sobre a base da sociabilidade primária (relações sociais estabelecidas pela dádiva e pelo simbolismo), nem sobre a sociabilidade secundária (relações estabelecidas pela lei da utilidade funcional e a lei moral), razão pela qual os observadores a denominam como caráter híbrido. De maneira geral, seus membros caracterizam-se por um multipertencimento (CAILLÉ, 2004).

semelhantes. Assim, trabalhamos e operamos não só dentro do, mas também sobre o, mundo. [...] Mundo, neste sentido é algo que temos que modificar, através de nossas ações, ou que modifica nossas relações. (SCHUTZ, 1979, p. 73).

Para esse autor, no conhecimento do mundo da vida existe algo mais do que o empírico, do que a cotidianidade. Este também abarca sonhos e fantasias que, mesmo vividos na vida cotidiana e explicados pela ciência, parecem mostrar-se mais significativos do que supõe o conhecimento simples da ciência (CALDERANO, 2009). Em sua obra, Schutz busca descobrir aquilo que considera como estruturas do mundo da vida, que se manifestam no conhecimento produzido socialmente. Para a compreensão empírica da realidade, o autor elabora alguns conceitos que remetem ao ator social. O primeiro deles é o da *situação*: que significa o lugar que alguém ocupa na sociedade, papel que desempenha e suas posições ético-religiosas, intelectuais e políticas. Em segundo lugar, o autor trabalha com a ideia de *experiência biográfica*, ao considerar que qualquer indivíduo organiza sua vida prática a partir de certos fatores determinantes, que tem a ver com a sua biografia. Outra inovação é a noção de *estoque de conhecimento*, expressão que diz respeito ao fato de que cada indivíduo orienta sua conduta nas situações da vida, a partir de experiências vivenciadas anteriormente (MINAYO, 2007).

O sociólogo José de Souza Martins (2008) considera que a possibilidade de trabalhar uma sociologia da vida cotidiana situa-se no âmbito intermediário da investigação e superação de como o senso comum tem sido estudado nas interpretações acadêmicas. Ou seja, como sendo apenas o conhecimento com o qual o homem comum define sua vida cotidiana.

Paulo Henrique Martins (2006c) identifica duas formas de relação entre a sociologia e a fenomenologia. Uma delas é a tradicional – que busca evitar a discussão husserliana sobre a fenomenologia transcendental e coloca a ideia da intersubjetividade (a interação do Eu com o Outro) como um fato dado e não questionável na organização do sujeito sociológico. Uma das críticas que têm sido feitas a essa abordagem é que ela não se ocupa dos fenômenos estruturais e desconsidera aspectos importantes como poder, dominação e estratificação social (MARTINS, 2006c), como se cada grupo se constituísse num mundo social independente (MINAYO, 2007).

No entanto, existe uma segunda abordagem que não negligencia as possibilidades teóricas oferecidas pela sociologia fenomenológica e pelo “mundo da vida”. Pelo contrario, prioriza a o entendimento dos novos lugares do sujeito social em um contexto de crise das metanarrativas sócio-históricas. Dessa maneira, busca compreender a experiência do sujeito numa perspectiva plural e diversificada – não apenas a partir da experiência do ator, mas de um ser sensível que se funda no simbólico e que se institucionaliza por sistemas estruturantes, como arranjos e redes sociais, que são, portanto, estruturas incertas, indeterminadas e dissipativas (MARTINS, 2006c).

Martins (2008) parte deste entendimento ao defender que a vida cotidiana domina a vida social no mundo moderno e, ao mesmo tempo, é fundamental para a mediação da historicidade da sociedade moderna. A partir dos pressupostos de outros autores, como Henri Lefèbvre e Agnes Heller, o autor acredita que é no reencontro com as descobertas das orientações fenomenológicas que os estudos da vida cotidiana ganham sentido, pois

É no instante dessas rupturas do cotidiano, nos instantes de inviabilidade da reprodução, que se instaura o momento da invenção, da ousadia, do atrevimento, da transgressão. [...] Já não se trata de remendar as fraturas do mundo da vida para recriá-lo. Mas de dar voz ao silêncio, de dar vida à História. (MARTINS, 2008, p. 57).

Assim, o *senso comum* é considerado comum não porque seja banal ou mero conhecimento exterior, mas porque é um conhecimento compartilhado entre os sujeitos da relação social (MARTINS, 2008). Entende-se que, sem o significado compartilhado, não há interação e não há possibilidade de que os participantes da interação se imponham significados, já que o mesmo é reciprocamente experimentado pelos sujeitos.

Martins (2008) traz a ideia de que, se pudéssemos observar em câmera lenta o que ocorre na relação entre as pessoas, poderíamos perceber os complexos movimentos de imaginação, interpretação, reformulação, reinterpretação que acontecem sucessivamente e que articulam cada fragmento dessa relação. Assim, a criação social estaria no que não se repete, mas também é ocultada no que se repete. Ela estaria na práxis que recria e inova ao mesmo tempo.

Considerando que as ações dos sujeitos no cotidiano não são dados objetivos, mas repletos de significados num contexto social e cultural específico, acreditamos que esta abordagem teórico-metodológica nos permite analisar o percurso do usuário, a fim de apreciar as contradições e significados presentes na vivência do pai, da equipe e da redes sociais, numa situação em que seu reconhecimento como usuário do serviço de saúde é imperativo.

Essa afirmação encontra ressonância com as afirmações de Pinheiro (2001), quando analisa o cotidiano das instituições como espaço público de interações e reconhecimento dos atores, seus discursos e prática na saúde. A autora destaca que

estudar o atores, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições é fundamental, pois possibilita a localização de elementos objetivos e subjetivos, por meio dos quais os atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social, que inclui a vida institucional (PINHEIRO, 2001, p. 66).

Nesse sentido, a ideia de ação com expressão política ganha relevância neste estudo, onde recorreremos às contribuições de Hannah Arendt no quadro metodológico desenvolvido em seu livro *A condição humana* (ARENDR, 2007). A autora descreve três atividades humanas que ela considerou como fundamentais para a condição de vida do homem na terra: **o labor, o trabalho e a ação**. Arendt (2007) designa a atividade do labor como o processo biológico do corpo humano, estando relacionada às necessidades vitais produzidas por nosso corpo. Já o trabalho corresponderia ao artificialismo da vida humana, ou seja, a produção do mundo artificial de coisas, da mundanidade. A ação é considerada pela autora como a única atividade que se exerce diretamente entre os homens, sem a mediação de coisas ou de matéria, correspondendo, assim, **à condição humana de pluralidade**.

Com efeito, a pluralidade é condição para a ação e para vida pública, e tem como quesito o duplo aspecto de igualdade e diferença. A igualdade está no fato de sermos todos humanos, portanto, capazes de nos compreendermos. Já a diferença reside no fato de que ninguém é exatamente igual ao outro. Para Arendt (2007, p. 189), a ação e o discurso são iniciativas das quais “nenhum humano pode abster-se sem deixar de ser humano”, porque “é com palavras e atos que nos inserimos no mundo”.

Dessa forma, podemos vislumbrar o itinerário da paternidade como um caminho percorrido pelos pais no exercício de suas ações na busca de reconhecimento da sua igualdade enquanto usuário-cidadão nos serviços de saúde. E sua diferenciação aparece enquanto sujeito singular que tem necessidades específicas, constituindo-se como um potencial identificador da pluralidade humana. A análise desse percurso é um caminho interessante para compreensão dos limites e possibilidades do exercício da paternidade no contexto de unidades complexas de cuidado.

Mais do que isso, podemos conceber que a ideia de reconhecimento entendida como demanda dos pais no percurso do cuidado com o recém-nascido de risco oferece elementos teóricos e práticos para a compreensão da existência de nexos entre a integralidade nas ações de saúde e o Estado de direito. No caso brasileiro, isso significa considerar o efetivo exercício de direitos a ter direitos, dentre eles a paternidade, entendida como um fenômeno sociocultural. Com esse entendimento, torna possível dar visibilidade aos diferentes sujeitos políticos nas relações sociais na saúde, onde a noção de usuário carece ser ressignificada, a fim de conferir atributos para a compreensão de sua atuação como sujeitos de direitos e não de consumidor de ações de saúde.

Ao buscar superar a visão tradicional do usuário como mero consumidor individual de serviços estatais, Martins (2008a) nos auxilia com sua proposição analítica polivalente do espaço público na saúde, ao associar a ideia de mediação entre os sujeitos envolvidos no cuidado para a construção de estratégias de reconhecimento.

A partir daí, podemos analisar os atores em ação no contexto das políticas de saúde e seus serviços, considerando que nesse contexto se incluem a rede de usuários. Uma rede que se constrói como “sistemas de trocas e de reciprocidade que obrigam e/ou liberam as pessoas envolvidas mediante ações bipolares de cidadania na esfera pública” (MARTINS, 2008a, p. 129).

Nossa opção de trabalhar com o itinerário da paternidade como dispositivo teórico-metodológico para apreender o efetivo exercício do direito a paternidade em instituições de saúde, sobretudo aquelas consideradas “fechadas”, requer que consideremos a produção do cuidado como uma ação relacional, complexa e composta por várias perspectivas e especificidades. Para melhor consubstanciar

nossa proposta, discutiremos a seguir as contribuições teóricas e práticas das teorias que abordam o reconhecimento como categoria analítica, assim como as redes sociais e seus mediadores colaboradores.

2.1 Reconhecimento: confiança, respeito e estima como efetivo exercício do direito de ser pai

Para subsidiar a ideia do reconhecimento como base do constructo teórico do itinerário da paternidade, adotaremos a discussão sobre a teoria do reconhecimento de Alex Honneth (2003) e as contribuições de Martins (2009b) e Caillé (2008) sobre a temática. Esses autores nos auxiliam a pensar na multiplicidade de mecanismos de construção do reconhecimento e sua dependência com o nível de formalização dos sujeitos na cena institucional (tais como o pai nas suas relações na família e com suas redes sociais, o pai como usuário-cidadão nas instituições de saúde, o pai como trabalhador), assim como as relações intersubjetivas estabelecidas para sua efetivação.

Para Honneth (2003), os sujeitos são forjados em suas interações e só conseguirão formar uma autorrelação positiva caso sintam-se reconhecidos pelos seus parceiros de interação. Assim, é por meio do reconhecimento intersubjetivo que os sujeitos garantem a plena realização de suas capacidades, estando diretamente relacionada à autorrealização dos sujeitos e na construção da justiça social (MENDONÇA, 2007). Honneth (2003) constrói uma trilogia necessária para o reconhecimento dos sujeitos que envolvem três planos: a **autoconfiança** que buscamos nas relações de amor¹⁷ e afetividade; o **autorrespeito** que adquirimos nas relações de direito na esfera político-jurídica e a **autoestima** que pretendemos obter nas relações de solidariedade nas esferas civil e pública.

A **autoconfiança** se desenvolve por meio das relações de amor e está relacionada à estruturação da autoconfiança, ou seja, é por meio das relações intersubjetivas de amor que se atualiza o jogo de dependência/autonomia que faz

¹⁷ Honneth (2003) emprega o termo *amor* da forma mais neutra possível. Para esse autor, por relações amorosas devem ser entendidas todas as relações primárias, na medida em que elas consistam em relações emotivas fortes entre poucas pessoas, segundo o padrão de relações entre dois parceiros, de amizade e de relações pai/filho (HONNETH, 2003, p. 159).

com que o sujeito tenha a confiança básica em si mesmo e no mundo. Dessa forma, para Honneth (2003, p. 164), a relação amorosa é vista “como um processo de reconhecimento mútuo”.

Apoiando-se na psicanálise de Donald Winnicott, Honneth analisa as relações entre mãe e filho para pensar a construção da autoconfiança. Essa relação

de reconhecimento prepara o caminho para uma espécie de autorrelação em que os sujeitos alcançam mutuamente uma confiança elementar em si mesmos [...] aquela camada fundamental de uma segurança emotiva não apenas na experiência, mas também na manifestação das próprias carências e sentimentos, propiciada pela experiência intersubjetiva do amor, constitui o pressuposto do desenvolvimento de todas as outras atitudes de autorrespeito (HONNETH, 2003, p. 165).

O **autorrespeito**, segundo plano da trilogia proposta por Honneth (2003), está nas relações de direito que se pautam nos princípios universalistas que se desenvolveram na modernidade, por meio das lutas de reconhecimento travadas para a construção dos direitos civis, políticos e sociais, todos voltados para a configuração dos cidadãos com igual valor (MENDONÇA, 2007). Por meio das relações jurídicas, os sujeitos reconhecem-se como seres humanos dotados de igualdade construída historicamente, sendo que na modernidade ela é marcada pela extensão dos atributos universais.

A **autoestima** constitui o terceiro plano da teoria do reconhecimento de Honneth (2003) e se dá pelo domínio das relações de solidariedade que propiciam algo além do respeito universal. Essas relações acontecem no interior de uma comunidade que compartilha quadros de significação de valores. Ou seja, diz respeito ao reconhecimento de que os outros parceiros da interação têm características diferenciais que contribuem para a promoção de certos valores reconhecidos no coletivo (MATTOS, 2006). Nas sociedades modernas, “as relações de estima social estão sujeitas a uma luta permanente na qual os diversos grupos procuram elevar, com os meios da força simbólica e em referência às finalidades gerais, o valor das capacidades associadas a sua forma de vida.” (HONNETH, 2003, p. 207).

Ao mesmo tempo, Honneth (2003) considera que os conflitos intersubjetivos que surgem a partir de situações de desrespeito experienciadas no cotidiano são

fundamentais para o desenvolvimento moral da sociedade e dos indivíduos, sendo que a construção da autorrealização dos indivíduos deve conter todos os pressupostos intersubjetivos para que se concretize. Dessa forma, se por um lado, a humilhação e o não-reconhecimento ameaçam identidades, por outro, eles estão na própria base da constituição de lutas por reconhecimento, já que o desrespeito pode tornar-se impulso motivacional para lutas sociais.

Esse autor associa três formas de desrespeito a cada um dos planos descritos: 1) aquelas que afetam a integridade corporal dos sujeitos, e assim a autoconfiança; 2) a denegação de direitos, o que dificulta a possibilidade de autorrespeito, à medida que faz com que os sujeitos não tenham o sentimento de possuir o *status* de igualdade; e 3) relacionada à referência negativa do valor de certos indivíduos e grupos, o que afeta a autoestima dos sujeitos (HONNETH, 2003).

Martins (2009b) busca esteio na tipologia proposta por Honneth (2003) para discutir a construção do reconhecimento da cidadania dos usuários nos espaços do serviço de saúde. Segundo esse autor, os diferentes planos de reconhecimento podem ser úteis para discutir questões concretas, considerando-se os planos da autoconfiança/afetividade, autorrespeito e autoestima.

Em relação ao primeiro plano da afetividade entre os sujeitos para a construção da autoconfiança, Martins (2009b) destaca que a falta de discussão sobre essa perspectiva no campo das ciências sociais na saúde tem tido consequências práticas que se refletem nas atitudes dos planejadores de políticas que reproduzem uma compreensão funcional e superficial do usuário-cidadão. O autor considera ainda a não-valorização, por parte dos planejadores/gestores, das motivações intersubjetivas que influem na capacidade do usuário de tomar decisões, como uma das dificuldades de encontrar soluções para os aspectos complexos que envolvem a escolha dos sujeitos no cotidiano das práticas em saúde (MARTINS, 2009b).

Ao buscar a articulação do plano da autoconfiança ao itinerário dos usuários no campo da saúde, Martins (2009b) atribui o acolhimento desses sujeitos como critério central para organização da cidadania. Para esse autor, esta acontece de diferentes maneiras: seja na atitude do usuário diante de sua rede de relações afetivas, seja como vivência do cuidado humanizado ou pela qualidade do

acolhimento demonstrado pelo profissional de saúde com relação aos usuários comunitários (MARTINS, 2009b).

No plano do autorrespeito, Martins (2009b) aponta para a necessidade de considerar o direito à saúde não somente como um conjunto de documentos, sancionados pela legislação, como também uma condição necessária à experiência da plena cidadania. Esse autor atribuiu como critério central a efetivação para a organização da cidadania dos sujeitos neste plano, seja na luta por propriedade de posse de bens de cidadania (eletricidade, água, posto de saúde), seja pela possibilidade de consolidação da prática de reivindicação por direitos (ouvidoria, central de regulação) ou mesmo pela transparência das ações estatais com os profissionais e os usuários comunitários (MARTINS, 2009b).

Já no plano da autoestima, o autor adota a resolutividade e a eficácia social e política como determinantes para a construção da cidadania e reconhecimento no itinerário do usuário. Isso aconteceria tanto no nível do desenvolvimento da política de saúde como no exercício dos direitos conquistados de cidadania. Além disso, Martins (2009b) destaca o acesso como uma forma de atribuir a eficácia dos serviços de saúde, os modos de funcionamento das referências e contrarreferências, como uma maneira de exprimir a visibilidade dos usuários (MARTINS, 2009b).

Acrescentaríamos ainda aqui o referencial de Caillé (2008), que enriquece o conceito teórico de Honneth (2003), ao sugerir

a hipótese inicial de que os atores sociais estão em luta *de* ou *para* o reconhecimento permite de fato fazer justiça a um só tempo no momento da ação - representado pela insistência da luta - e ao momento da sociabilidade, uma vez que visar a ser reconhecido é necessariamente ser reconhecido por outros que não si mesmo [...]. Isso significa agir para fazer sentido a si mesmo e aos outros, ou pelo menos perante os olhos dos outros (CAILLÉ, 2008, p. 152).

Dessa maneira, Caillé (2008) parte da tese de que reconhecer o outro é atribuir-lhe um valor. Dessa forma, dar o reconhecimento implica não apenas identificar e valorizar o outro, mas também provar e testemunhar nossa gratidão, de forma que, “além da identificação e da valorização, convém levar em conta, a gratidão, o reconhecimento de uma dádiva” (CAILLÉ, 2008, p. 162). Esse autor se

fundamenta na Teoria da dádiva de Mauss¹⁸ para afirmar que reconhecer uma pessoa é admitir seu valor social e lhe oferecer qualquer coisa em retorno. Assim,

Reconhecer é admitir que houve um dom, que somos devedores daquele que o faz e que permaneceremos interagindo com ele, convocados a dar quando chegada a nossa vez. Reconhecer é, de certo modo, portanto, assinalar um reconhecimento de dívida, ao menos de dádiva (CAILLÉ, 2008, p. 158).

Com isso, Caillé (2008) propõe acrescentar a perspectiva da gratidão, além da identificação e da valorização já existentes. Sob a ótica do autor, uma sociedade mais justa não seria aquela que distribui o reconhecimento, mas aquela que contribui para que seus membros deem valor aos próprios olhos e aos dos outros, ou seja, uma sociedade que aumenta a capacidade de doação nos indivíduos (CAILLÉ, 2008, p. 162).

As perspectivas de Caillé (2008) e Martins (2009b) trazem contribuições significativas às dimensões intersubjetivas propostas por Honneth (2003), de forma a nos permitir pensar o itinerário dos pais na busca por reconhecimento na condição de usuário no sistema de saúde, o que irá redefinir as relações entre os atores no cotidiano.

Considerando o exposto, pareceu-nos evidente que a busca por reconhecimento mantém uma relação intrínseca com o processo de organização, tanto imaginária como institucional, do ser usuário em espaços públicos de saúde. Neste sentido, acreditamos que o reconhecimento que é individual e coletivo deve conter atributos de integralidade quando consideramos as relações intersubjetivas presentes no cuidado.

2.2 As redes sociais e os mediadores colaboradores para o reconhecimento do exercício da paternidade

Na esteira de nossas observações, constatamos que as regras institucionais garantem os direitos constitucionais de todo recém-nascido, e foram flexibilizadas a

¹⁸ Marcel Mauss (2003) foi o principal sistematizador da teoria da dádiva, que vem sendo resgatada para se pensar fundamentos de solidariedade e aliança nas sociedades contemporâneas. Essa teoria se baseia na tríplice obrigação coletiva de doação, de recebimento e devolução de bens simbólicos e materiais, conhecidos como dom ou dádiva, que se assenta no espírito de reciprocidade que reúne a dádiva oferecida, a obrigação de receber e a liberdade de retribuir.

ponto de incluir o saber materno no cuidado com o filho. Entretanto, as relações estabelecidas entre os sujeitos e a equipe tendem a desconsiderar o pai como um usuário do serviço.

Parece-nos evidente que analisar as relações estabelecidas pelos pais no cotidiano do cuidado com o recém-nascido e as redes sociais nas quais se inserem, assim como os mediadores colaboradores identificados por esses sujeitos, permitirá compreender o exercício da paternidade e as implicações no cuidado com seu filho nas diversas dimensões da integralidade discutidas anteriormente. Dessa forma, buscamos uma abordagem de rede que permitisse entender que as posições sociais, os reconhecimentos culturais e os direitos sancionados coletivamente (públicos, cívicos, econômicos e culturais) são fatos sociológicos totais e que não emergem naturalmente, mas apenas dentro de uma ordem moral que sempre traz hierarquias de prestígio e dominação que precisam ser explicitadas (MARTINS, 2008a).

O crescente interesse da ideia de redes sociais como categoria analítica tem-se justificado pela necessidade de explicações mais dinâmicas, fluidas e interativas que consigam abordar a crescente complexidade social da sociedade, tanto nos planos macrossocial como nos planos meso e microssocial (MARTINS, 2009c).

Ainda que o conceito de redes sociais seja utilizado para fazer referência a distintos campos do conhecimento, todos compartilham como ideia comum a imagem de pontos, também denominados nós, conectados por fios, de modo a formar a imagem de uma teia (ANDRADE; VAITSMAN, 2004).

Martins (2009c), ao organizar o campo discursivo das redes sociais a partir da produção ibero-latinoamericana sobre a temática, localiza dois níveis de interpretação sobre o fenômeno. Um primeiro nível formado por autores que consideram a rede como algo simples, adotando uma perspectiva rasa que a referencia por sua força metafórica sem uma elaboração teórica; autores que também a definem apenas como um recurso *a priori* para descrever as novas mobilizações sociais; e autores que usam a noção de rede para explicar as transformações nas organizações e do mundo do trabalho.

Já o segundo nível de autores busca desenvolver constructos teóricos fortemente marcados pelo utilitarismo, trabalhando a ideia de rede como sistemas

funcionais calculadamente articulados por indivíduos e agências humanas, tendo como base as teorias do utilitarismo individualista (mais popularmente conhecida como *network analysis* e de capital social (MARTINS, 2009c).

Outros estudos destacam a importância das redes sociais para a saúde dos homens (KORIN, 2001), nas práticas de saúde dos agentes comunitários (BONET; TAVARES, 2008) na construção da cidadania (LACERDA; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006), no reconhecimento das singularidades nas iniciativas de humanização (BRAGA, 2006), e ainda no contexto de cuidado nas famílias (DESSEN; BRAZ, 2000; BRAGA, 2006; MOREIRA; ROMAGNOLI, 2008).

Diferentemente desses autores, apostamos no desafio proposto pelo sociólogo Paulo Henrique Martins (2009c), de contextualizar a teoria de redes sociais para melhor compreender as motivações e condicionantes das práticas de saúde dos sujeitos, assim como favorecer o reconhecimento dos usuários. Coerente com este desafio, encontramos esteio no referencial construído pelo autor (MARTINS, 2004, 2006a, 2008a, 2009a) que avança numa perspectiva sistêmica, fenomenológica e interacionista das redes sociais como “um sistema de trocas formado por fluxos incessantes de dons, bens materiais e símbolos que organizam os sistemas sociais e as próprias individualidades” (MARTINS, 2008a, p.124).

Para isto, o autor considera aspectos importantes das relações sociais que tendem a ganhar visibilidade no ciclo de circulação de bens simbólicos, sendo estes:

a) os LUGARES das pessoas (reconhecimento e visibilidade dos atores participantes da situação social); b) os VALORES que regem as trocas (confiança, gratidão, solidariedade, lealdade); c) os tipos de ACORDOS e PACTOS (alianças, regras, leis, contratos); d) MEDIADORES COLABORADORES (lideranças carismáticas e/ou sancionadas, autoridades públicas e/ou religiosas, e/ou civis, pessoas solidariamente responsáveis com o próximo) que garantem a coesão comunitária; e) o conjunto de INSTITUIÇÕES SOCIAIS (família, direito, política, econômica, cultura, religião, saúde, etc.) que forma o todo social (MARTINS, 2008a, p. 124).

Além desses aspectos, Martins e Fontes (2004) propõem uma classificação de rede que tem como objetivo destacar os espaços cotidianos onde se desenvolve a ação pública dos sujeitos na busca de pertencimento. Para tal, classificaram como **rede sócio-humana** aquela presente no interior da sociedade civil. Essa rede é formada por indivíduos e se manifesta por meio das relações estabelecidas na

família, vizinhança, amizade e camaradagem, tendo como objetivo a sociabilização e aquisição de um lugar no interior do grupo de pertencimento. O segundo tipo é a **rede socioinstitucional**, formada por membros da sociedade civil e as organizações formais, como o Estado, constituindo-se como uma "caixa de ressonância" do interesses dos atores envolvidos nas políticas na esfera pública. Tem como atores o governo, associações locais e lideranças comunitárias. Já o terceiro tipo é denominada de **rede sociotécnica** e é formada por pessoas que atuam no interior de sistemas organizacionais altamente regulamentados, públicos ou privados, sendo constituídos por atores da sociedade civil, agências governamentais, especialistas e técnicos da área. Apesar de constituir-se numa tipologia, entendemos que cada um desses níveis de estruturação das sociabilidades é interdependente e formado por aspectos morais, afetivos e emocionais que contribuem para a reflexividade e o reconhecimento dos sujeitos sociais.

Os vínculos estabelecidos entre estes sujeitos nas redes sociais, que articulam elementos como ação e estrutura (constituintes de um movimento ininterrupto e ambivalente de trocas, objetos materiais e simbólicos, dinâmicos, em circulação na vida social), resultam, a cada momento, na criação de novos lugares (estruturas) e identificações (ações) (MARTINS, 2004).

Essas ações (por que não, mediações?) são realizadas pelos usuários em redes sociais que incluem as redes nos serviços de saúde, de modo a possibilitar o conhecimento sobre os fluxos de reconhecimento dos pais no percurso dentro destes serviços. Envolvem, assim, acordos e distanciamentos que são identificados mais facilmente quando surgem os problemas que impedem a circulação espontânea, daquilo que o autor denominou de dons e contradons.¹⁹

Em nosso estudo, poderíamos identificar esse tipo de rede nas relações estabelecidas pelos pais no seu percurso, quando estes atribuem aos membros da equipe de assistência, assim como a amigos e familiares o reconhecimento de serem importantes para contribuir na situação de internação do filho na UTIN.

Helman, Martinez e Health (1996) evidenciaram que a falta de envolvimento dos membros da rede sócio-humana na internação do recém-nascido de risco faz

¹⁹ Esta mediação pelo reconhecimento se daria na perspectiva discutida por Caillé (2008).

com que os pais não tenham o suporte adequado dos membros dessa rede, uma vez que demonstraram capacidade de compreender o processo. Dessa forma, é importante que os serviços de saúde estejam abertos também para a participação de outras pessoas, além dos pais e mães, no cuidado do recém-nascido internado.

Para conseguir aprofundar a compreensão dos impactos do processo de internação de um filho na UTIN sobre o pai e a família, consideramos importante a discussão sobre os mediadores colaboradores, entendendo que estes possuem elementos importantes como confiança, respeito e solidariedade, necessários para o reconhecimento dos pais neste cotidiano.

A importância de pessoas no tecido social que desempenham papel de organizadoras da vida comunitária e individual, em especial nos momentos de adoecimento, tem sido destacados em diversos estudos (LACERDA; VALLA, 2005; MARTINS, 2006a; BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008; GERHART; RIQUINHO; ROTOLLI, 2008). Essas pessoas têm sido identificadas de forma individual e/ou coletiva como apoio social a partir do referencial de Valla (2000, p. 41) como sendo “qualquer informação falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, resultando em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos”.

Embora outros pesquisadores como Bonet e Tavares (2008) e Bonet et al. (2009) tragam a ideia de mediadores a partir do referencial de Latour (2006), que os considera como agentes humanos ou não-humanos, optamos, neste trabalho, por utilizar a nomenclatura de **mediadores colaboradores** proposta por Martins (2008a) e identificá-los a partir da compreensão de que essas pessoas constituem-se em

os elos de redes por distribuírem solidariedade sem interesse de ganho pessoal. São indivíduos que se vestem da consciência coletiva para exercerem seus papéis de reguladores de conflitos ou de multiplicadores de ações comunitárias e associativas (MARTINS, 2008a, p. 138).

Martins (2008a) ainda, identifica três tipos os mediadores colaboradores: a própria pessoa, outras pessoas da rede, ou indivíduos externos a rede social convocadas a identificar problemas e mediar conflitos. Dessa forma, os mediadores colaboradores podem ser considerados recursos presentes na rede que contribuem no gerenciamento de conflitos, na negociação de acordos, nos diversos planos de

organização institucional das sociabilidades – ou seja, desde os vínculos primários, como a família, até aqueles vínculos formais, estabelecidos no interior dos serviços de saúde. Para tal, os indivíduos se organizam dentro de um sistema complexo de redes de significação que partem dos relacionamentos primários – onde funciona a dádiva e o dom – para os relacionamentos secundários – onde seriam estabelecidos o direito e as normas de funcionamento das organizações (MARTINS, 2008a).

Acreditamos que é pertinente considerá-los como sujeitos importantes para a construção do reconhecimento do pai nos serviços de saúde, uma vez que, a partir das suas ações, eles são capazes de construir relações de confiança, respeito e solidariedade com os usuários no cotidiano do exercício da paternidade.

Para Lacerda e Valla (2005), as práticas exercidas por esses sujeitos são responsáveis por acolher a demanda e configurá-las a partir de valores como solidariedade, acolhimento e sentimento de pertencimento no grupo. Dessa forma, a solidariedade presente nestes sistemas é capaz de readequar e recompor a demanda do serviço de saúde a partir do reconhecimento destes usuários.

As relações estabelecidas entre os pais e seus mediadores colaboradores se constituem a partir de sistemas simbólicos e materiais circulantes entre profissionais de saúde, usuários e sua rede social, que alimentam relações de reconhecimento do exercício da paternidade. Assim, os mediadores

exercem seus papéis de reguladores de conflitos ou multiplicadores de ações comunitárias. São indivíduos – homens e mulheres- que vivem sistemas de dádivas e de reciprocidade movidos por motivos não utilitários ligados a solidariedade, amizade ou consciência ecossocial mais ampla (MARTINS, 2008a, p.138).

Embora exista uma discussão ampla sobre a dádiva no campo das ciências sociais e saúde o desafio, como pesquisadora, se apresenta não apenas na observação e identificação dos atores e estruturas, mas no que circula entre os atores a favor do vínculo social – ou seja, os bens materiais e simbólicos de que a sociedade dispõe para se reproduzir por meio dos atores.

Para Martins (2006b), a compreensão da dádiva como sistema de trocas básico da vida social permite romper com o modelo dicotômico típico entre Estado e Mercado, introduzindo a ideia da ação social como

inter-ação, como movimento circular acionado pela força do bem (simbólico ou material) dado, recebido e retribuído, o qual infere diretamente tanto na distribuição dos lugares dos membros do grupo social como nas modalidades de reconhecimento, inclusão e prestígio. (MARTINS, 2006b, p. 99).

Diferentemente do sistema bipartite do mercado que funciona pela equivalência (dar-pagar), na dádiva (dar- receber- retribuir), o bem devolvido nunca tem valor igual àquele do bem inicialmente recebido. Aqui o valor importante não é o quantitativo mas o qualitativo, e o que funda a devolução não é a equivalência mas a assimetria. Dessa forma, por exemplo, um presente ou uma hospitalidade nunca se paga em moeda de mesmo valor, tampouco é retornado no mesmo instante da ação. Mas pode ser retribuído num outro momento mediante uma gentileza ou favor, fazendo circular a roda das práticas sociais e das experiências de vida entre os envolvidos (MARTINS, 2006b).

Pensando no exercício da paternidade na UTIN, isso poderia se dar na relação de acolhimento prestada por um profissional ao pai, fornecendo-lhe informações sobre o seu filho; este pai retribui tendo uma confiança neste profissional que, num círculo de dons, buscará por meio da sua competência técnico-científica prestar a melhor assistência a este recém-nascido e sua família.

Essa noção de redes sociais como uma rede dinâmica de interação entre os sujeitos possibilita, no escopo deste trabalho, a identificação de formas de agir em saúde tomando a perspectiva do usuário de modo a favorecer a renovação e recriação de novas práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Isso significa aprender novas perspectivas de saberes e práticas que são apropriadas na relação entre usuário e profissional, potencializando-os como sujeitos de transformação.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: ABORDAGEM, CENÁRIO, SUJEITOS E PERCURSO DA PESQUISA E ORGANIZAÇÃO DA ANÁLISE

3.1 Abordagem

Interessa-nos focar o itinerário da paternidade como forma de criar condições de visibilidade do usuário e de suas redes sociais no cotidiano dos serviços de saúde. Apoiamo-nos na fenomenologia sociológica que, como método, recoloca o homem na sua condição existencial, aceitando seu modo constitutivo de ser no mundo, buscando compreendê-lo em sua cotidianidade (POKLADÉK, 2004).

A fenomenologia buscou na filosofia de Husserl sua fundamentação metodológica embora apresente influências weberianas (MINAYO, 2007). Mas foi Schutz (1979) o responsável por dar consistência sociológica aos princípios filosóficos de Husserl, ao criar a teoria e o método para abordagem da realidade social, também conhecido como fenomenologia sociológica. Esse movimento faz uma crítica radical ao objetivismo da ciência e propõe a subjetividade como fundante de sentido, dando relevância à subjetividade como constitutiva do social e necessária à autocompreensão objetiva (MINAYO, 2007).

Observa-se uma construção nos campos da sociologia, antropologia e saúde sobre os itinerários terapêuticos que buscam interpretar os processos pelos quais as pessoas ou grupos sociais escolhem, avaliam ou aderem a determinadas formas de tratamento. Esses itinerários, percursos ou trajetórias têm sido tratados como uma ação humana que envolve um conjunto de planos e articulações voltados para um objetivo concebido, podendo estar relacionados ao tratamento da “aflição”, incluindo interesses, emoções e atitudes circunstanciais (ALMEIDA, 2009).

A escolha por trabalhar a trajetória desses homens nos serviços de saúde decorre de uma crítica à perspectiva identitária e funcionalista que impõe uma tendência e padrão de atuação dos sujeitos, ignorando as possibilidades de negociação, mudanças de posição e capacidades de relativizar e desenvolver relações de reconhecimento entre os sujeitos (MOREIRA, 2007). Na busca por caminhos alternativos de pesquisa, entendemos que o itinerário dos sujeitos no

cotidiano das instituições de saúde abarca a compreensão do caráter relacional da vida humana, a partir apreensão da localização da pessoa no tempo e no espaço, das suas relações e interações neste percurso.

Ao considerar o pai como um usuário na busca por reconhecimento da sua ação no cuidado com seu filho, é preciso compreendê-lo como parte de uma rede de significação diversificada e compartilhada historicamente com outros sujeitos, mas que pode ser cotidianamente atualizada pela maneira como é produzido o cuidado e o “mundo da vida”, dentro dos serviços de saúde.

Neste sentido, propomos a construção de uma categoria analítica que definimos como **itinerário da paternidade**, como sendo *as decisões e negociações que os pais realizam em suas redes sociais na busca por reconhecimento em situações de filhos recém-nascidos de risco na perspectiva da integralidade do cuidado*. Esta categoria analítica se pautou pela necessidade de identificar um caminho para compreensão do cotidiano no percurso destes pais que fosse consoante com uma perspectiva que considera o resgate da pessoalização das relações, os mecanismos de interação face a face por meio de vínculos sociais que abarcam elementos como o reconhecimento, a solidariedade, a reciprocidade e a retribuição (MARTINS, 2009a).

Diferentemente das abordagens socioantropológicas que têm sido realizadas sobre o itinerário terapêutico, no que concerne às escolhas dos indivíduos na busca por cuidado, neste trabalho optamos por considerar a busca e a escolha do pai que não estão relacionadas a um tratamento ou cura, mas à busca do seu reconhecimento como sujeito de direito no exercício da paternidade durante o período de internação do seu filho. Ao pensar a participação do pai nas instituições de saúde, em especial nos serviços de assistência à mulher e ao recém-nascido, a confluência dessa abordagem se torna acertada quando consideramos esta assertiva de Alves e Souza (1999, p. 133): “uma coisa é o significado objetivo de um dado fenômeno sociocultural definido por um padrão institucionalizado; outra coisa, o modo particular como o indivíduo define sua situação no seio dele”.

Tendo em vista a especificidade do contexto institucional do Hospital Sofia Feldman, que trabalha com redes sociais na comunidade no seu cotidiano, sentimos necessidade de associar outras abordagens metodológicas contemporâneas, como a Metodologia de Análise de Redes no Cotidiano (MARES) proposta por Martins

(2009a). A associação da MARES a outras técnicas de coleta de dados, como a entrevista e observação participante, teve como objetivo mapear as redes sociais que contextualizam os percursos individuais desses pais usuários na busca por reconhecimento nos serviços de saúde.

A MARES é uma metodologia fundada nas abordagens fenomenológicas e hermenêuticas que busca dar visibilidades aos aspectos simbólicos presentes nas práticas sociais articuladas aos processos de intersubjetividade que envolvem aspectos da afetividade, da moral, do direito, e da associação espontânea. Para tal, considera os conflitos, alianças, motivos e representações que interferem nos sistemas de relações, identificando como tais redes interferem nos processos de representação e instituição das realidades sociais e culturais e, em particular, nos mecanismos de formação das esferas públicas (MARTINS, 2009a).

Para Martins, nessa abordagem das redes sociais é mais importante entender as interações entre os sujeitos do que as estruturas, já que

no plano concreto da vida o que existe, de fato, são processos dinâmicos e mutantes que a cada momento estão reelaborando nossa percepção da realidade e o modo desta aparecer institucionalmente e organizacionalmente (MARTINS, 2009a, p. 63).

Assim, Martins (2009a) propõe um deslocamento conceitual de uma leitura objetivista para uma leitura intersubjetiva, ou seja, flexível, dinâmica e concreta das redes sociais, que ultrapasse o caráter instrumental atribuído às ações humanas para trazer valores morais como a solidariedade, a dádiva e a confiança. Acreditamos que a ideia de uma abordagem das redes sociais associada ao itinerário da paternidade amplia a possibilidade de contextualizar melhor as relações sociais que permeiam a vivência dos pais nos seus percursos individuais de exercício da paternidade na situação de um filho internado.

3.2 O cenário da pesquisa

O cenário de estudo foi o Hospital Sofia Feldman, denominado Fundação de Assistência à Saúde (HSF/FAIS).²⁰ É uma organização não-governamental, sem fins

²⁰ As práticas institucionais no HSF têm sido divulgadas pelo Ministério da Saúde em um Banco de Projetos da Política Nacional de Humanização denominado *Boas Práticas de Humanização na Atenção e na Gestão do Sistema Único de Saúde*, cujo objetivo é divulgar experiências exitosas de

lucrativos, filantrópica, localizada no Distrito Sanitário Norte, na periferia de Belo Horizonte. O hospital é especializado na assistência à saúde da mulher, recém-nascido, criança e adolescente e, por decisão político-institucional, direciona a assistência exclusivamente à população usuária do SUS.

No que se refere à assistência ao recém-nascido, esta vem sendo ampliada ao longo dos anos na instituição. Em 2000, iniciou-se a assistência ao recém-nascido de risco com a inauguração da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com dez leitos. Em 2001, foram acrescentados 12 leitos de UTIN e, atualmente, são 41 leitos de UTIN e 22 de UCIN, além de seis leitos de cuidado mãe-canguru. Em 2008, o hospital apresentou a média de 845 partos/mês, sendo que, destes, 8,6% dos recém-nascidos eram de baixo-peso (HSF, 2008c).²¹

O hospital foi criado a partir de uma mobilização da comunidade local e, nos primeiros anos de funcionamento, suas atividades foram financiadas quase que exclusivamente por doações da própria comunidade e pelo trabalho voluntário. Em 1994, diante da possibilidade de fechamento da instituição por dificuldades financeiras, foi criada a Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman (ACAU/HSF). Desde então, instituída por lideranças comunitárias, ela atua na cogestão do hospital. Além disso, a ACAU/HSF mantém projetos que contribuem para a humanização da assistência e facilitam o controle social na instituição (MADEIRA; DUARTE, 2006).

Dentre os projetos destacam-se, para esta pesquisa, o Plantonista Social, a Amiga da Família e as Doulas Comunitárias.

O Plantonista Social é composto por membros da diretoria da ACAU/HSF ou representantes dos usuários do Conselho de Saúde/HSF que permanecem nas dependências do hospital durante os plantões noturnos. Esses voluntários são responsáveis por realizar a escuta dos usuários e trabalhadores, buscando atendê-las quando possível, ou encaminhá-las à Linha de Políticas Institucionais e/ou Conselho de Saúde (MADEIRA et al., 2007). Observa-se que, pelo fato de estarem presentes tanto no espaço da gestão quanto no da realização do cuidado, os

serviços de saúde no SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sofia_02-10.pdf. Acesso em: 25 maio 2009.

²¹ HOSPITAL SOFIA FELDMAN. *Indicadores Assistências e Perinatais*. Belo Horizonte, 2008b. 8p. (mimeo).

plantonistas sociais apropriam-se do cotidiano do hospital e se instrumentalizam para a construção de propostas para a melhora das práticas de assistência aos usuários. Essa iniciativa tem permitido que esses usuários assumam uma postura ativa e de não-resignação, no sentido de reafirmar a saúde como um direito de cidadania (MADEIRA et al., 2007).

A Amiga da Família é um projeto que conta com 14 voluntárias, mulheres da comunidade que já passaram pela vivência da maternidade. Elas permanecem 24 horas na instituição e têm como principais atribuições dar o apoio à mulher e família dos recém-nascidos internados na neonatologia, além de incentivar o aleitamento materno (MADEIRA; DUARTE, 2006). Já as doulas comunitárias são voluntárias da comunidade que fazem o acompanhamento das mulheres, durante o parto e puerpério, na maternidade do HSF (HORTA, 2008).

Um dos diferenciais da assistência prestada à população por essa instituição é a abordagem integral e humanística, que, além de incentivar o parto normal com participação ativa das mulheres e familiares, estimula o contato precoce entre mãe e filho, buscando manter esse contato através do Alojamento Conjunto, Unidade de Cuidado Canguru, ou dando à mãe condição de permanecer na instituição se seu filho necessitar de cuidados de médio a alto risco.

O aumento no número de leitos disponibilizados na UTIN tem resultado em importante participação da instituição no cenário da assistência ao recém-nascido de risco na cidade de Belo Horizonte. Em 2003, das nove maternidades que prestam assistência pelo SUS, em convênio com a prefeitura, o hospital foi o segundo maior responsável pela assistência a recém-nascidos de baixo-peso ao nascer, atendendo a 11,4% dessa população. Em 2007, foram internados 933 recém-nascidos na UTIN, com uma média de permanência de 13 dias nesta unidade (HSF, 2008c).

Em julho de 2004, em decorrência do aumento na demanda da assistência ao recém-nascido de risco e como parte da estratégia de humanização da assistência, foi implantado o PID-Neo, que tem a capacidade operativa de atender a 15 famílias. Essa proposta busca atender aos preceitos da missão da instituição, que tem como uma de suas premissas a integralidade da assistência voltada à saúde da mulher e dos recém-nascidos inseridos no contexto familiar e comunitário.

A escolha por esse cenário de estudo para a realização da pesquisa, considerado o local de inserção desta pesquisadora como trabalhadora, trouxe a possibilidade de produzir conhecimento a partir da experiência, através de um olhar reflexivo sobre o objeto vivido no cotidiano para apreensão da sua significação (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

3.3 Sujeitos e percurso da coleta do material empírico

Foram sujeitos desta pesquisa os pais, as mães e alguns familiares dos recém-nascidos internados na UTIN, profissionais da equipe de saúde que prestam assistência na neonatologia, gestores e voluntários que atuam na instituição.

A coleta de dados aconteceu no período de 5 de agosto a 31 de outubro de 2008,²² sendo que o percurso da pesquisa contemplou duas etapas: a primeira relacionada à construção do itinerário da paternidade de três pais que estavam com seus filhos internados na instituição, que envolveu entrevistas com estes pais e profissionais e voluntários, e a observação participante dos espaços assistenciais. A segunda etapa consistiu na realização de dois grupos focais envolvendo cuidadores e familiares de recém-nascidos internados no PID-Neo, por meio da MARES.

Na primeira etapa que vislumbramos a construção dos Itinerários da Paternidade, realizamos o levantamento da história familiar dos recém-nascidos internados naquele período na instituição. Buscaram-se as informações na ficha de atendimento multiprofissional no prontuário do recém-nascido, num total de 32 fichas, que é preenchida pela psicologia e/ou serviço social durante o acolhimento dessas famílias. A definição dos critérios para identificação dos pais se deu a partir da história dessas famílias e teve como prioridade elucidar a diversidade de situações vivenciadas por esses homens ao se tornarem pai de um recém-nascido internado numa instituição hospitalar, de forma que permitisse apreender a complexidade e dinamicidade das redes sociais nos diversos contextos.

²² Após aprovação da pesquisa no Comitê de Ética do Hospital Sofia Feldman (parecer nº07/2008) (ANEXO 1) assim como da obtenção da autorização da instituição para a realização da pesquisa (ANEXO 2).

Assim, adotamos como critério para escolha dos pais para a construção dos itinerários da paternidade: um pai que fosse adolescente; um pai que tivesse residência em uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais e um pai de um recém-nascido com síndrome. Após a identificação, foi realizado o convite formal, com explicação do objetivo da pesquisa e, diante da concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE 4), foi marcada uma entrevista.

A entrevista em profundidade foi utilizada como uma das técnicas para construção do itinerário da paternidade, sendo a pergunta norteadora a seguinte: “Conte-me como tem sido o seu cotidiano desde o dia que seu filho internou até agora”. Para complementar os dados, ainda foram realizadas de duas a quatro entrevistas com esses mesmos pais, no sentido de melhor detalhar seu itinerário. Nas entrevistas, focamos a trajetória do pai, sua inserção nas redes sociais e a identificação dos mediadores colaboradores que ajudaram no estabelecimento de relações interativas para a obtenção de reconhecimento. Para manter o anonimato e sigilo exigidos pela regulamentação ética, alteramos os nomes dos pais e familiares da seguinte forma: **José Carlos** (pai residente no município interior do Estado de Minas Gerais), **Daniel** (pai adolescente) e **Ivan** (pai de uma criança com síndrome não-específica).

Apostando na assertiva de Minayo (2007), de que é possível potencializar o objeto em todas suas dimensões a partir da inclusão de outros interlocutores durante o percurso de coleta de dados, foram realizadas ainda mais 16 entrevistas com profissionais, voluntários e gestores identificados e/ou considerados pessoas chaves para o percurso desses pais na instituição.

É importante destacar que, assim como Shmidt e Toniette (2008), optamos pela definição do caminho de coleta de dados a partir dos próprios interlocutores, adotando o itinerário da paternidade destes três pais como o “disparador” da escolha e entrevista dos profissionais, voluntários e gestores, assim como da definição dos momentos de observação participante.

Nos quadros 1 e 2, a seguir, apresentamos a lista dos profissionais entrevistados de acordo com a função exercida na instituição, sexo e percurso de cada pai. Substituímos o nome dos participantes e adotamos as siglas de

identificação e a categoria profissional como forma de manter o anonimato durante a descrição na análise dos dados.

Identificação	Função	Sexo	Pai
AS	Assistente social	F	José Carlos
P	Psicóloga	F	Ivan
T-UTI	Técnica de Enfermagem da UTIN	F	Daniel
NEO-UCI	Neonatologista plantonista da UTIN e UCIN	M	José Carlos/ Ivan
NEO-SP	Neonatologista da sala de parto, alojamento conjunto e UTIN	M	Ivan
NEO- PIDNeo	Neonatologista responsável pelo PID-Neo, Docente da graduação de medicina	M	José Carlos
NEO- UTI	Neonatologista plantonista UTIN	M	Daniel/ Ivan
NEO- COM	Neonatologista Coordenadora da Linha Perinatal, Docente da graduação de Medicina	F	Ivan
T- UCI	Técnica de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais	F	Ivan
TO	Terapeuta Ocupacional, gerente da Casa das Sofias	F	José Carlos
PS	Voluntária, Conselheira da Associação Comunitária dos Amigos e Usuários do HSF, Plantonista Social	F	José Carlos
CS	Voluntário, Presidente do Conselho de Saúde HSF, Plantonista Social	M	José Carlos

Quadro 1 - Profissionais e voluntários entrevistados a partir da identificação dos pais

Identificação	Função	Sexo
LPI1	Membro da linha de políticas institucionais, Diretor Administrativo da Instituição	M
LPI2	Membro da linha de políticas institucionais	F
NEO- CE	Enfermeira, Coordenadora da Linha Perinatal, Docente da graduação de enfermagem	F
MAT-OB	Médico obstetra, Coordenador da Linha Perinatal,	M

Quadro 2 - Informantes-chave da gestão institucional entrevistados

Acrescentamos que a observação participante em diversos cenários do hospital (reunião de acompanhantes, área externa comum, refeitório e unidades assistenciais) propiciou subsídios para a compreensão desse processo, sendo suas anotações registradas em diário de campo. Os momentos de observação

aconteceram todos os dias da semana, em especial aos sábados e domingos, além de vários horários do dia, inclusive o horário noturno, no qual se observou presença maior do pai na instituição. Nos momentos de observação, foram privilegiadas a dinâmica desses pais na instituição, as relações estabelecidas com os profissionais e outros usuários, assim como as formas de construção do seu reconhecimento como usuário e da rede social de suporte para o exercício da paternidade. Quando foi realizado o registro das conversas, durante a observação participante, solicitou-se aos sujeitos que assinassem o TCLE.

A segunda etapa do percurso de coleta de dados²³ foi realizada por meio de dois grupos focais, sendo que o primeiro teve como referência a MARES sistematizada por Martins (2009a). Participaram familiares de seis crianças assistidas no PID-Neo, tendo sido oportunizado às mães que convidassem para a atividade uma pessoa, identificada por elas “como importante para o cuidado do seu filho”.

Esta escolha dos pesquisadores de inclusão de outros familiares, além daqueles considerados cuidadores principais deveu-se à particularidade do grupo de vivenciar uma transição entre a permanência na Casa de Sofias PID-Neo e a possibilidade próxima de ir para o domicílio. Neste sentido, acredita-se que a participação no grupo focal de outras pessoas entendidas como “importantes para o cuidado” da criança poderiam favorecer a apreensão da construção das redes para o cuidado do recém-nascido após a alta hospitalar (LOPES *et al.*, 2009).

Compareceram para o grupo focal 6 cuidadoras principais e 2 familiares (uma avó e um pai), perfazendo um total de 8 participantes. Ele foi planejado com a duração de 2 horas, sendo organizado da seguinte forma: a abertura da sessão, apresentação dos participantes entre si, esclarecimento sobre a dinâmica da discussão, debate propriamente dito, síntese e o encerramento da sessão (LOPES *et al.*, 2009). Como disparador da discussão foi utilizada uma lista de temas relacionados à vida em comunidade e o mapa da pessoa adaptado por Martins (2009a). As duas sessões teve o seguinte planejamento (LOPES, *et al.* 2009):

²³ A coleta destes dados aconteceu conjuntamente com outra pesquisa que estava sendo conduzida no mesmo período na instituição que tinha como objetivo apreender a construção das redes para o cuidado do recém-nascido em condição crônica na comunidade. Diante da confluência das abordagens teóricas e da temática das duas pesquisas, a inclusão destes dados teve como objetivo ampliar a aproximação sobre aspectos da participação do pai no cuidado com o filho. Foi solicitada a autorização dos participantes para que o material coletado pudesse ser utilizado como fonte de dados primários nesta pesquisa. Todas as participantes concordaram e assinaram o TCLE.

Sessão 1: Aprender as representações conscientes ou significações práticas, mesmo que inconscientes, que tem o usuário sobre os condicionantes macro e microsociológicos responsáveis pela produção de seu bem-estar numa perspectiva de integralidade.

Etapas	Atividades	Tempo
Abertura	- Fala introdutória para apresentação do trabalho - Participantes foram esclarecidos sobre as finalidades da pesquisa - Obtenção do TCLE	15'
Mapeamento geral dos problemas e soluções gerais na organização da promoção da integralidade em saúde	Entregar uma lista para cada participante contendo os seguintes tópicos: condições de moradia; violência dentro de casa; segurança; trabalho; vizinhança; lazer; divisão de tarefas; alimentação; saúde; educação; transporte; religião; família; participação comunitária. - Orientá-los a acrescentar à lista outros tópicos que consideram importantes	25'
Mapeamento dos problemas e soluções específicas na organização da atenção à saúde na comunidade	Orientar os participantes a estabelecer prioridades (de 1 a 5) dentre os tópicos sugeridos ou incluídos por eles, considerando os problemas que identificam na comunidade das qual fazem parte. Estimular os participantes a compartilhar com o grupo os aspectos que consideram prioridade na sua comunidade detalhando-os e contextualizando-os.	25'

Sessão 2: Mapeando as redes de conflitos e mediações da pessoa

Esta sessão teve como objetivo detectar os problemas centrais que afligem o usuário no cotidiano imediato (família, comunidade, trabalho, serviços públicos e saúde), o modo como vem enfrentando estes problemas e a que mediadores (pessoas ou organizações) recorrem para mediar tais conflitos e construir saídas (pactos e medidas)

Etapas	Atividades	Tempo
Preenchimento do mapa da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> . Orientar o entrevistado a identificar no máximo três problemas gerais . Orientar o participante a escrever os problemas no mapa 	20'
Apresentação do mapa da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> . Orientar o participante a falar para os demais sobre os principais problemas que detectou no mapa . Orientar o participante a falar dos inibidores (pessoas, objetos) ou facilitadores. (Identificação dos mediadores e inibidores para cada subsistema - com o que ou com quem posso contar ou desconheço que posso contar?) . Propor aos participantes que escolham no conjunto de problemas relacionados os mais importantes e que identifiquem os mediadores colaboradores (pessoas que podem ajudar a resolver os problemas) 	40'
Avaliação da atividade	<ul style="list-style-type: none"> . Vocês estão satisfeitos com o preenchimento ou gostariam de mudar? . Se fosse possível gostaria de incluir algum falecido, algum animal ou objeto? 	10'
Análise coletiva do mapa da pessoa	<p>Sobre os problemas encontrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Identificação, pelos participantes, dos principais problemas de relacionamento encontrados no mapa: na família, com a equipe de saúde, etc. . Hierarquização, pelos participantes, dos principais problemas de relacionamento envolvendo todas as situações delimitadas. Chamamos o resultado disso de situações-problemas do usuário. Elas devem ser classificadas de dois tipos: <ul style="list-style-type: none"> . Situações problemas gerais – pensadas a partir da idéia de qualidade de vida (direito à saúde, acesso aos serviços e medicamentos da saúde, acesso a informações, mobilização contra epidemias, etc.) . Situações-problema específicos para o campo dos serviços de atendimento de saúde (marcação de consulta, exames, medicalização, hospitalização, etc) 	30'
Atividades de fechamento	<ul style="list-style-type: none"> Alguém quer acrescentar algo? Podemos nos reunir em outra oportunidade para revermos as informações Agradecimentos 	10'

O grupo foi realizado em uma sala do Centro de Capacitação do Hospital Sofia Feldman. Conhecedores da necessidade das mães de permanecerem junto de seus filhos mesmo durante os grupos focais, buscou-se garantir uma infra-estrutura mínima para tal: local para que os bebês fossem deitados, pessoas que pudessem

segurá-los no colo caso a mãe desejasse, alimentação para participantes e bebês (LOPES et al, 2009).

Durante o grupo um dos pesquisadores foi o *observador*, fazendo o registro das expressões verbais e não verbais, as condições do ambiente, momentos de tensão e/ou descontração, interrupções, duração do grupo e controle dos equipamentos de áudio. Inicialmente, foi distribuído para cada participante uma lista na qual estavam descritos os seguintes tópicos: condições de moradia; violência dentro de casa; segurança; trabalho; vizinhança; lazer; divisão de tarefas; alimentação; saúde; educação; transporte; religião; família; participação comunitária. Cabe ressaltar que nessa lista havia espaço para ser acrescentados pelos participantes outros tópicos que não se encontravam contemplados. Os participantes foram convidados a estabelecer cinco prioridades, dentre os tópicos sugeridos ou incluídos por eles, considerando os problemas que identificavam na sua comunidade. Feito isso, cada participante compartilhou com o grupo as prioridades estabelecidas e foram estimulados pelo coordenador do grupo a detalhá-las e contextualizá-las. À medida que os participantes expunham as suas escolhas um dos pesquisadores fazia um registro esquemático estabelecendo conexões entre os temas. Esse registro foi feito em um quadro branco que podia ser visualizado por todos os participantes. Ao final dessa etapa foi apresentada por um dos pesquisadores uma síntese utilizando um diagrama dos principais aspectos levantados pelo grupo, solicitando-lhes que se posicionassem de maneira a validar a interpretação e análise feita pelos pesquisadores (LOPES, et al., 2009).

No segundo momento, utilizou-se como instrumento o mapa da pessoa. Ele foi impresso em tamanho A3 possibilitando que os participantes tivessem espaço para se expressarem livremente. Os participantes foram orientados a colocar no centro do mapa o dizer "EU" identificando a díade familiar e bebê (LOPES, et al., 2009). Foi solicitado que no círculo do meio fossem escritos três problemas a serem enfrentados pelos informantes em relação ao cuidado com o bebê após a alta da internação. Em seguida, os participantes apresentaram para o grupo seus principais desafios e durante a discussão o coordenador estimulou os participantes a identificarem os mediadores (facilitadores e inibidores) desses problemas. À medida que os temas eram apresentados e discutidos pelos participantes, um dos coordenadores elaborou um diagrama que foi apresentado ao grupo no final dessa etapa. O coordenador finalizou o grupo focal indicando a possibilidade de atividades

como essa serem realizadas também com o objetivo também de avaliação do cuidado prestado pela instituição (LOPES, et al., 2009).

Após a realização do grupo focal, os pesquisadores realizaram uma avaliação do processo de coleta de dados que permitiu identificar que, dentre os dois objetivos do grupo de pesquisa (construção de indicadores e coleta de dados) e o pedagógico (de empoderamento dos participantes), apenas o primeiro objetivo foi alcançado uma vez que as questões levantadas pelos participantes referiam-se a critérios de avaliação de políticas de atenção à saúde na perspectiva do usuário. Contudo, no seu sentido pedagógico, os pesquisadores acreditam que o grupo focal foi insuficiente no que se refere ao empoderamento dos sujeitos participantes enquanto cidadãos de direito e responsáveis pela condução de sua saúde e de seus filhos (LOPES, et al., 2009).

A realização do segundo grupo focal surgiu da necessidade de aprofundar nos aspectos relacionados a configuração e dinâmica das redes sociais construídas por essas famílias no âmbito da comunidade. Neste segundo grupo, buscou-se um aprofundamento em algumas questões mais centradas no desafio para os cuidados com o recém-nascido. As participantes foram quatro das seis mães que haviam participado no grupo anterior e ainda estavam acompanhando seus filhos internados na Casa de Sofias do PID-Neo.

A atividade deu início com as pesquisadoras retomando os aspectos discutidos no primeiro grupo focal. Em seguida foi entregue a cada uma delas os seus respectivos mapas e solicitado que o lessem e fizessem as modificações que desejassem. A partir de então a coordenadora solicitou que, utilizando-se dos materiais disponíveis, buscassem expressar os desafios de cuidar do bebê e os facilitadores e inibidores desse processo. As quatro participantes desse grupo focal confeccionaram seus cartazes em aproximadamente 40 minutos e, em seguida, compartilharam com o grupo seus desafios, os fatores facilitadores e dificultadores no cuidado com o filho. Foi possível verificar que a adoção de outros recursos para a coleta de dados facilitou a expressão das participantes, enriqueceu os dados com alguns aspectos ainda não apresentados e ainda favoreceu um aprofundamento de outras questões (LOPES et al., 2009).

A decisão de incluir o material empírico de outra pesquisa encontra suporte na discussão de Dias e Deslandes (2006), ao defenderem a triangulação de informações das fontes de dados como forma de aprofundar a análise das relações

existentes entre os fenômenos estudados. Para esses autores, a triangulação envolve a comparação de dados relativos a um mesmo fenômeno, mas provenientes de diferentes etapas da coleta de dados, de diferentes métodos ou de diferentes participantes (DIAS; DESLANDES, 2006).

Cabe ressaltar, também, que todas as etapas foram construídas observando-se as questões éticas da pesquisa que envolve seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3.4 Organização do material empírico

Organizamos o material a partir da transcrição das entrevistas e das observações participantes e dos grupos focais, buscando descrever o contexto de produção das entrevistas (onde foi feita, como o assunto foi introduzido, o que transcorreu antes da conversa acontecer) e o posicionamento dos sujeitos. Procurou-se manter aspectos importantes como os silêncios, as expressões utilizadas, as exclamações e interrogações.

No primeiro momento de leitura, foi realizada a retirada do nome dos interlocutores, sendo adotado nomes fictícios para os pais e mães e siglas para identificação dos profissionais da instituição como apresentadas anteriormente nos quadros I e II. E diante deste material, foi realizada uma segunda leitura, agora em profundidade, articulando os pressupostos teóricos discutidos no primeiro e segundo capítulo e o conteúdo produzido nas duas etapas da coleta de dados, com o objetivo de reconstruir os percursos individuais de José Carlos, Ivan e Daniel dentro do contexto das redes sociais, institucionais e comunitárias presentes.

A fim de reconstruir os percursos individuais de cada um dos pais, o conteúdo das falas serviu de esteio para a análise das dimensões da integralidade propostas no próximo capítulo. Importante lembrar que essas trajetórias foram representadas graficamente nas figuras 1, 2 e 3²⁴, numa tentativa de sintetizar as descrições que se seguem. Descreveremos de forma sucinta o itinerário da Paternidade de José Carlos

²⁴ As figuras 1, 2, e 3 encontram-se nos Apêndices 1, 2 e 3, respectivamente, deste trabalho.

– Pai com residência no interior do Estado de Minas Gerais (IP 1), de Daniel – Pai adolescente (IP2) e Ivan - Pai de criança com síndrome não-específica.

IP 1 - Pai com residência no interior do Estado de Minas Gerais

José Carlos tem 29 anos, é lavrador de café na zona rural de uma cidade a 400 quilômetros de Belo Horizonte, está casado com Samara há três anos e planejaram a gravidez, como pode ser evidenciado na sua fala:

O neném não foi assim: Ah, apareceu, né? A gente planejou, foi tudo planejado. Porque assim, ano que vem nosso café vai dar um pouquinho a mais, a gente pode planejar o neném para esse ano. Tava tudo certinho. O plano da gente era correr tudo tranquilo, mas tem os imprevistos, né? (José Carlos).

Sua esposa estava com 29 semanas de idade gestacional, sendo acompanhada pela equipe de saúde da família quando evoluiu com um aumento da pressão arterial e pré-eclâmpsia, necessitando de internação. Primeiramente, eles foram para o hospital da cidade e depois transferidos para o hospital da cidade vizinha “*que tem mais recursos*” (José Carlos) onde permaneceram por 5 dias. Deste, eles conseguiram transferência para o HSF. Nesta instituição, após um exame de ultrassom foi necessária a interrupção da gravidez. Durante o parto cesárea de Samara, José Carlos esteve presente, inclusive registrando o momento com fotos. Após o nascimento, sua filha foi encaminhada para UTIN. No pós- parto imediato, sua esposa teve uma hemorragia mais acentuada e necessitou de transfusão sanguínea. Ele relata a dinâmica da equipe para atender a esposa/filha neste momento:

Aí na sexta feira e no sábado a minha esposa perdeu muito sangue na cirurgia e veio um pouco de complicação. Minha cabeça foi uma correria porque o meu neném já estava na UTI porque ele já havia nascido. E a minha esposa perdeu muito sangue e ela foi ficando branca, assim... E as enfermeiras correram atrás, todo mundo ali, a equipe todinha ali, você via todo mundo preocupado. O pessoal corria, deram duas bolsas de sangue pra ela e tal e ela foi recuperando devagarzinho, graças a Deus você viu ela, como ela tá agora. O nosso neném ficou na UTI, você viu, a gente tava o tempo todo lá, as meninas ficaram também preocupadas; ficaram olhando o neném, como tava o neném. (José Carlos).

Após a melhora do seu quadro clínico, Samara teve alta do hospital, mas pode permanecer na Casa de Sofias como acompanhante da filha internada na UTIN. Diante da não-possibilidade de permanecer na instituição como acompanhante, José Carlos ligou para sua mãe, que entrou em contato com um primo distante que morava em Belo Horizonte e o hospedou em sua casa. José Carlos ficou durante cinco dias saindo às seis horas da manhã da casa do primo e voltando às 19 horas, mas desistiu porque estava ficando muito caro o transporte (duas conduções por trecho). Assim, conversou com o plantonista social, que lhe providenciou um local para dormir e alimentação no hospital. Com a extensão da permanência da filha na instituição, este pai buscou a assistente social, que providenciou alimentação até a alta da sua filha.

Enquanto permaneceu na instituição, era visto todas as manhãs na área externa, às vezes conversando com outro usuário, as vezes tomando sol, as vezes lendo jornal. Um aspecto importante que José Carlos ressaltou foi que, como saiu da cidade antes da colheita de café para acompanhar a sua esposa, os vizinhos e familiares se reuniram para fazer a sua colheita. Este pai permaneceu 49 dias, todo o período de internação da filha, tendo ido a sua cidade apenas para registrá-la no cartório. No momento em que a filha teve alta, eles retornaram à cidade com o transporte da prefeitura local e pai tinha o celular do motorista para combinar o horário da viagem de volta.

IP 2- Itinerário do Pai adolescente

Daniel tem 18 anos, estudou até a 8ª série, namorava Carolina, 17 anos, há um ano e quatro meses quando ela descobriu que estava grávida. Relatam que nesse momento ficaram muito assustados, mas ambas as famílias os apoiaram durante toda a gestação. Carolina apresentou sinais de sangramento a partir do quarto mês de gestação, necessitando ser acompanhada e tendo vários episódios de internação na semana anterior ao nascimento da filha, como pode ser consubstanciado nesta fala:

[...] na terça feira anterior ela ficou internada aqui com ameaça de aborto. Na segunda anterior eu a levei para o Risoleta, mas eles não quiseram atender. Aí ela veio para cá e quando foi quinta ela ganhou alta. Passou mal domingo de madrugada e veio pra cá. (Daniel).

Daniel estava com Carolina na casa da mãe dela quando iniciaram os sinais de parto e a mãe de Carolina solicitou um vizinho que tinha carro para levá-los ao hospital. Nesse momento Daniel, ao ligar para sua mãe, verificou que ela já estava no HSF acompanhando a nora que estava ganhando um filho do irmão. Daniel permaneceu dois dias com Carolina, enquanto a equipe tentava a inibição do trabalho de parto por via medicamentosa. Após dois dias, sua filha nasceu com 30 semanas de idade gestacional, pesando 1.080 gramas. As avós maternas estavam presentes dando suporte a Daniel e Carolina.

Daniel relata que, após a alta de Carolina na maternidade e diante do fato de não poder mais permanecer na instituição como acompanhante da sua namorada, ele foi para a casa de uma tia materna que era mais perto da instituição. Dessa maneira, todos os dias após o almoço visitava a filha e a namorada e permanecia com elas até por volta das 18 horas. Sua mãe e a mãe de Carolina ajudavam com o custeio das passagens de ônibus para a visita, e uma tia o hospedou em sua casa.

Após o período de internação da sua filha, Daniel que até o momento se encontrava desempregado, foi chamado para assumir um emprego como auxiliar de supermercado em uma cidade da região metropolitana de Belo Horizonte, de segunda a sábado, das 13 às 20 horas. Diante deste novo contexto, ele passou a visitar a filha no domingo, dia da sua folga semanal e a ligar durante a semana para ter notícias pelo telefone.

A duração da internação foi de 59 dias e, após a alta da filha, Daniel relata que ele e Carolina estão “pensando em fazer um teste” para viverem juntos. Para isto já tem o enxoval da filha e planejam alugar uma casa no bairro onde vivem suas famílias. Daniel não desconsidera que terão dificuldades, mas acredita que existirá o apoio de ambas as famílias.

IP 3- Itinerário do Pai de criança com síndrome não-específica

Ivan tem 33 anos, casado com Fernanda há cinco anos e planejaram a gravidez. Ele trabalha em turnos numa fabrica de automóveis da região metropolitana de Belo Horizonte. Sua filha nasceu a termo e foi para o alojamento conjunto. Após três episódios de cianose, foi encaminhada para a UTIN, onde foi realizada uma investigação laboratorial para descobrir os motivos dessa

intercorrência. Posteriormente foi identificada uma síndrome não-específica, que tinha como uma das repercussões o hipotireoidismo.

Depois 28 dias na UTIN, sua filha teve alta para a UCIN; tinha dificuldades de sugar e estava sendo acompanhada pela fonoaudióloga. Após a necessidade de uma gastrostomia ter sido discutida pela equipe, Ivan e sua esposa tiveram resistência em assinar o termo de responsabilidade, o que adiou a realização da cirurgia.

Após quatro meses de internação, eles assinaram o termo e sua filha foi internada na UTIN para realizar a cirurgia; no entanto, apresentou episódios de febre e foi necessário adiar. Nessa época havia uma lista de espera de crianças para realizar este tipo de cirurgia e uma dificuldade de articulação com os cirurgiões pediátricos. Aguardando a cirurgia na UCIN, sua filha apresentou dois momentos de aspiração de dieta para os pulmões, necessitando de reinternação na UTIN até melhora do quadro e alta para UCIN. No momento de convite deste pai para a pesquisa, ele já estava há oito meses acompanhando a internação da filha. Assim, verifica-se que Ivan descreve seu percurso tendo como foco sua situação como provedor que necessita articular a internação prolongada da filha com a necessidade de trabalhar e dar apoio a sua esposa.

A especificidade de assistência demanda por sua filha que tinha uma síndrome ainda sem um diagnóstico fechado pela equipe demonstra outros aspectos e questionamentos de Ivan junto à equipe, tanto como pai quanto usuário do serviço. Um destes aspectos estava relacionado principalmente à dificuldade de articular outros membros da rede social para permanecerem na instituição, na ausência da mãe. Outro aspecto estava relacionado à necessidade de realização da cirurgia pela filha e a demora do serviço em atender a essa demanda. A internação durou 10 meses e 19 dias quando sua filha evoluiu para óbito, decorrente de complicações pós-operatórias da cirurgia de gastrostomia.

4 AS DIMENSÕES ANALÍTICAS DOS CAMINHOS DA PATERNIDADE

As dimensões das políticas e organização dos serviços de saúde e dos saberes e práticas dos profissionais discutidas no primeiro capítulo e propostas como delineadores da análise do material empírico nos servem como dimensões sociais que possibilitam considerar o exercício da paternidade como uma construção social cujos nexos entre as teorias de integralidade e de redes sociais têm nos percursos dos pais os elementos para compreensão dessa construção. Essa proposição analítica encontra esteio na assertiva de Martins (2008a) de que

A teoria da integralidade – que no nosso entender pode ser também concebida como uma fenomenologia da prática – tende a ser enriquecida com os aportes fornecidos pela teoria interativa de redes sociais, em particular das redes de usuários. O fundamental nessas novas abordagens é reconhecer que os usuários apenas podem adquirir a função de promotores dos cuidados em saúde, desde que sejam vistos como elementos de redes intersubjetivas e significantes que impactam necessariamente na organização dos itinerários terapêuticos e trajetórias assistenciais e sociais (MARTINS, 2008a, p. 128).

Tomando este pressuposto, as vivências e experiências desses usuários, entendidas como fonte de saberes e práticas de integralidade, nos auxiliam na identificação da existência de um conjunto de elementos que relacionam as redes sociais, sendo alguns sujeitos mediadores colaboradores fundamentais no cumprimento deste percurso. Neste sentido, parece-nos auspicioso conceber as redes sociais como genealogias de saberes que produzem e reproduzem conhecimentos que acoplam conhecimentos e práticas dos trabalhadores e saberes dos próprios usuários na busca de reconhecimento como um direito à saúde.

Os itinerários da paternidade aqui apresentados (José Carlos, Daniel e Ivan) nos oferecem um caminho de apreensão dos atributos de integralidade nessas duas dimensões. Entendemos que estes atributos se constituem a partir das relações estabelecidas por estes pais com seus familiares, membros da comunidade e profissionais, onde a busca por reconhecimento confere a razão primeira do efetivo exercício da paternidade. A seguir apresentaremos a análise dos itinerários da

paternidade nas duas dimensões propostas: das políticas e organização dos serviços de saúde e dos saberes e práticas dos profissionais de saúde.

4.1 Os itinerários da paternidade na dimensão das políticas e organização dos serviços de saúde

Nesta dimensão, percebemos a existência de dois aspectos que repercutiram de maneira distinta no itinerário desses pais. Um deles, relacionado **às expectativas de ser pai, a busca por atendimento e o nascimento do filho,**²⁵ evidenciou claramente que o modo de operação das políticas e a organização dos serviços na instituição em estudo nucleavam as ações de reconhecimento destes pais no espaço assistencial da maternidade.

Já no segundo aspecto, verificamos questões relacionadas ao momento da **alta da companheira e à continuidade de internação do filho na UTIN,** que apresentaram implicações distintas do primeiro.

Atribuímos a diferenciação desses dois aspectos a uma lógica organizacional e institucional que limita a participação da mãe/mulher no cuidado ao recém-nascido de risco, o que faz com que a ideia de “família” se reduza a este sujeito. Consequentemente, há uma restrição a participação de outros membros da família, e redes sociais. Historicamente, observamos que o pai vem sendo acolhido na maternidade em estudo como um usuário de direito. De outro lado, quando ocorre a internação do filho no setor de neonatologia, esse reconhecimento é negado, sendo-lhe atribuída a identidade de visitante, restando apenas à mãe a legitimidade/elegibilidade de participar de forma direta no cuidado com o recém-nascido de risco.

A partir da análise sobre as relações estabelecidas na trajetória destes pais na busca por reconhecimento, identificamos a presença de mediadores colaboradores, tanto no âmbito institucional como comunitário que possibilitaram o reconhecimento do pai até então, somente outorgado à mãe como membro necessário no acompanhamento da situação de internação do filho. Além disso, vale

²⁵ Optamos por utilizar o termo *filho* para realizar a discussão, apesar de constarmos que no itinerário da paternidade dos três pais estudados, todos tiveram filhos do sexo feminino.

dizer que a experiência de acompanhar o filho durante a internação aconteceu de forma peculiar no itinerário desses três pais. Identificamos fatores relacionados ao pai que tiveram diferentes repercussões no exercício da paternidade, dentre eles: a expectativa da gravidez e a sua relação com a companheira; sua inserção no mercado de trabalho; a presença de mediadores colaboradores e aspectos relacionados a internação e evolução da criança.

Para melhor explicitar os fatores supracitados, detalharemos a seguir cada um deles, tomando como eixos: a) as expectativas de ser pai, a busca por atendimento e o nascimento do filho; e b) a alta da companheira e a continuidade da internação do filho na UTIN, considerando as relações estabelecidas entre os sujeitos envolvidos, assim como as implicações institucionais e socioculturais presentes nesses contextos.

a) As expectativas de ser pai, a busca por atendimento e o nascimento do filho

Observamos, no percurso dos três pais, que o entendimento sobre o exercício da paternidade antecede o nascimento dos filhos. No caso de José Carlos e Ivan, essa compreensão estava atrelada ao planejamento de ter um filho e às expectativas em relação ao futuro com a sua esposa, como pode ser evidenciado nos discursos destes pais:

O neném não foi assim “Ah, apareceu, né?” A gente planejou. Foi tudo planejado. “Porque assim, ano que vem nosso café vai dar um pouquinho a mais, a gente pode planejar o neném para esse ano.” Estava tudo certinho. O plano da gente era correr tudo tranquilo, mas tem os imprevistos, né? (José Carlos).

Igual a nossa filha foi algo que a gente planejou, sabe? Foi algo que a gente combinou. A gente sentou e conversou: “Olha, Fernanda vamos ter filho porque a gente tem pouco tempo de casado. [...] Porque eu falo que foi planejado? Eu tenho 33 agora, né? Eu falei “amor, se for deixar pra ter filho daqui a 5 anos eu vou estar com quase quarenta e quando ela tiver com 10 anos eu vou estar com 50 e não vou ter condições de correr atrás dela. O que vai acontecer: Eu não vou ter condições de te ajudar a cuidar da criança”, não é? (Ivan).

Já no caso de Daniel e Carolina, adolescentes que não planejaram a gravidez, a aceitação e apoio da família (em especial das respectivas mães)

mostraram-se como pilares fundamentais para a construção do ser pai nessa fase da vida. De acordo com a fala de Daniel, verificamos que têm sido comum os pais adolescentes não assumirem a responsabilidade de uma gravidez não planejada: “A gente vê muitos casos assim. Acho que ela ficou meio com medo quando ela engravidou que eu a abandonasse.” (Daniel).

Constatamos que as relações estabelecidas com as esposas e namorada, assim como outros familiares, no que diz respeito ao planejamento e decisão de ter um filho, foram importantes para o reconhecimento do ser pai. Tais relações se apresentaram de forma evidente no plano da afetividade, corroborando a construção da autoconfiança do ser pai e, conseqüentemente, na decisão deles de acompanharem suas companheiras/filhos na busca por atendimento nos serviços de saúde.

No que tange especificamente à questão das políticas e organização dos serviços de saúde, é interessante notar que o exercício da paternidade, para estes pais, trouxe à tona a problemática recorrente dos serviços de saúde no que diz respeito à referência e contrarreferência. Com isto, verificou-se que no campo das políticas públicas e direitos, a lei do acompanhante e a licença-paternidade são diferentemente efetivadas quando se trata de adequada assistência aos pais. Ou seja, enquanto a primeira foi amplamente efetivada no âmbito das instituições de saúde, a segunda encontra-se distante do que é necessário à efetivação desse direito no contexto de internação de recém-nascidos de risco.

Essa assertiva foi facilmente identificada no caso dos três pais, em particular, a lei do acompanhante, que possibilitou a presença e participação dos mesmos no nascimento dos seus filhos.

Inferimos que a presença do pai, junto com a companheira/filho, na busca por atendimento, influenciou na sua construção da autoconfiança do ser pai. Isto porque entendemos que os serviços de saúde devem ser organizados de maneira a não desqualificar o exercício da paternidade no processo de atendimento dessa família. Reconhecer que a presença desse pai surge como um valor a ser compartilhado com os profissionais do serviço é um elemento importante na construção de uma gestão pautada pela busca da integralidade do cuidado. Partindo de políticas inclusivas, como a lei do acompanhante, parece-nos uma prática eficaz para se pensar formas mais criativas de promoção de outros planos de reconhecimento.

É interessante notar que o fato de os pais estarem presentes no atendimento de sua companheira/filho nos permitiu identificar aspectos contraditórios relacionados à organização dos serviços em rede, onde o funcionamento da referência e contrarreferência se deu de maneiras distintas. No que concerne à efetivação da integralidade na dimensão das políticas e organização dos serviços, verificamos, no percurso de José Carlos, que a referência foi efetivada com sucesso. Embora a complexidade da assistência a gestante na organização dos serviços de saúde em geral seja bastante problemática, no caso de José Carlos, verificamos a integralização do percurso que se inicia desde o atendimento no hospital da sua cidade de origem até o hospital na capital.

Já no caso do percurso de Daniel, que reside na capital (Belo Horizonte), é flagrante a desarticulação dos serviços de referência no âmbito municipal, no momento de busca de atendimento para sua namorada. Tal desarticulação fez com que Daniel e Carolina procurassem por mais de uma instituição em busca de assistência, como pode ser constatado no seu relato:

Há duas semanas ela ficou internada aqui (*HSF*) com ameaça de aborto. Depois disso, numa segunda feira, eu a levei para o Hospital X e eles não quiseram atender. Aí ela veio para cá e quando foi quinta ela ganhou alta. (Daniel).

Parece-nos claro que a efetivação da referência no percurso de José Carlos deveu-se à estruturação do Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna - Viva Vida²⁶, que desde 2003 vem fortalecendo a regionalização da assistência à saúde materno-infantil. Isto envolveu investimentos na qualificação dos profissionais e na melhoria da infraestrutura com o objetivo de ampliar a oferta de procedimentos secundários a essa população (MINAS GERAIS, 2009). Pretendemos, com esta análise, ressaltar as contradições quanto ao grau de articulação para a integralidade da atenção na oferta de cuidados a essa população, nos níveis de gestão do SUS,

²⁶ A estratégia de estruturação da Rede Viva Vida tem por objetivo a destinação de recursos financeiros para construção, reforma e equipamentos para a estruturação dos hospitais, construção de Centros de Viva Vida e Casa de apoio à gestante. O programa para os pólos de atenção à saúde foi definido na modelagem da Rede de Atenção (MINAS GERAIS, 2009). Interessante notar que a continuidade do Programa no quadriênio de 2007-2010 desvinculou-se do projeto de Regionalização da Assistência à Saúde e assumiu *status* de projeto estruturador. Assim teve suas metas revistas para a queda de 15% da taxa de mortalidade infantil e como da razão de morte materna. Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Rede Viva Vida. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-viva-vida>. Acesso em: 25 jun. 2009.

tanto estadual como municipal. Ressaltamos, no entanto, que encontramos evidências de influência positiva desse modo de organização da rede estadual na trajetória de José Carlos e sua família.

Já no âmbito municipal, existem avanços da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da Comissão Perinatal,²⁷ que nos últimos anos têm qualificado a assistência à mulher e ao recém-nascido no município. Apesar das ações de criação da central de regulação e pactuação com as maternidades para o acolhimento à gestante que necessitam de internação, verificamos que sua efetivação ainda não acontece de forma plena, como foi possível identificar no percurso de Daniel em busca de assistência para Carolina e seu filho.

Para Mattos (2007b), pensar a integralidade na dimensão da organização dos serviços de saúde implica construir um arranjo de práticas dentro dos serviços, assim como a articulação entre os mesmos, de maneira que o cuidado seja pautado por este princípio. A partir dessa perspectiva, o usuário seria o delineador dos melhores arranjos para atender a suas necessidades, ou seja, os arranjos se definiriam *a partir* dos usuários. Neste sentido, corroboramos a proposta de Cecílio (2001, p. 120), de “radicalizar a ideia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de cada serviço de saúde e do sistema de saúde.”

É importante destacar as implicações das políticas e da organização da instituição em estudo a partir do itinerário desses pais. Identificamos no hospital em estudo que a presença do pai no momento do nascimento do filho é uma prática concreta, funcionando como uma diretriz das atividades da maternidade desde sua implantação. Isto porque a permanência do pai tem influência direta na construção da subjetividade dos homens no processo de ser pai, sendo reconhecida pelos gestores e profissionais do serviço.

²⁷ Instituída em 1994 pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH), a Comissão Perinatal é um fórum interinstitucional e interdepartamental permanente deliberativo e gestor das políticas relativas à assistência de saúde da gestante e do RN, executando o planejamento, avaliação, monitoramento, divulgação e gestão das ações de saúde, envolvendo a rede integral de assistência à linha de cuidado integral (do planejamento familiar e saúde da mulher, ao pré-natal de baixo e de alto risco, apoio propedêutico e terapêutico e a rede hospitalar com leitos de obstetrícia e de alto risco) para adequação dos serviços à necessidade da população. Está vinculada à Gerência de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde e engloba os Comitês de Prevenção do Óbito Materno e Infantil e Fetal. É uma iniciativa pioneira no país, reunindo a gestão municipal, serviços públicos, setor privado e o controle social.

Desde o início a gente sempre estimulou a participação dos pais no processo de nascimento das crianças. Teve uma época que isso foi assim, vamos dizer assim, não foi proibido mas foi limitada essa participação. Mas foi um período de tempo curto, mas depois foi retomado. Eu vejo a participação do pai nesse processo muito importante. Eu acho que a experiência com os pais, esses anos todos, quando a gente observa é que: embora digam que o nascimento e o parto é uma coisa de mulher, eu vejo a participação do homem não só como pai, mas como companheiro, como marido dando apoio para ela, principalmente na maternidade. Em relação à criança, logo após o nascimento dela na maternidade, o que a gente tem percebido é que o pai estando ali facilita mais a construção dessa paternidade, do desenvolvimento desse sentimento paternal. (MAT-OB).

Mais do que isto, considera-se a presença do pai na maternidade, no momento do nascimento do filho como um reflexo das mudanças sociais que tem ocorrido no “mundo da vida” da qual as instituições de saúde não podem se esquivar de considerá-las e incorporá-las no seu cotidiano, como afirma o diretor administrativo da instituição:

A vinda do pai aqui para o Hospital partiu de uma necessidade dele estar acompanhando a sua mulher, apesar disso não fazer parte da cultura desses pais. A presença do pai no nascimento tornou-se uma necessidade grande das famílias na medida em que elas se urbanizaram e, portanto, aquela rede que existia no interior, no rural, na cidade pequena, aquela rede de mulheres partiu-se quando eles vieram para a cidade grande. Hoje, muitas vezes, o companheiro é a única presença que a mulher confia e pode contar com ela neste momento tão difícil. (LPI1).

Pareceu-nos evidente que, para os gestores dessa instituição, reconhecer o pai como usuário e cidadão constitui um valor que deve ser garantido a estes homens como um direito de cidadania. Na história da instituição, foram observados poucos momentos no que diz respeito à limitação ao acesso dos pais na maternidade. Um deles foi justificado pela falta de recursos financeiros que possibilitassem a presença do pai durante o trabalho do parto e nas enfermarias coletivas, uma vez que a privacidade das usuárias ficava comprometida. Embora o pai não pudesse permanecer nas enfermarias durante o trabalho de parto, seu acesso era garantido na sala de parto no momento do nascimento do seu filho.

Essa dificuldade também foi constatada no estudo de Carvalho (2003), que observou que a não-participação do pai no processo de nascimento do filho estava

limitada a uma questão de estrutura física na maternidade pública, onde as parturientes estavam internadas, apesar do compartilhamento da presença como um valor institucional revelado pelas falas dos profissionais.

Para um neonatologista entrevistado em nosso estudo, a presença deste usuário nas maternidades não tem sido garantida apenas pela existência de políticas públicas e recursos financeiros para sua implementação nas instituições de saúde, mas está relacionada a uma preocupação com o “outro” no cuidado com o recém-nascido.

Eu faço pediatria há 18 anos e nesse período eu tenho observado que a liberação da participação do pai no momento de nascimento está melhor. O Sofia faz isso há muito tempo mas a gente vê que isso nos outros lugares acontece há pouco tempo. Bem recente. Aquela outra maternidade que eu trabalho, o Hospital X tem o modelo baseado no daqui: do acompanhante que entra a hora que quiser. E é o primeiro serviço público que tem isso. Porque o Sofia é um altruísmo. Lá [no Hospital X] é um órgão público e é gerido pela FUNDEP, pela UFMG. A prefeitura em si não faz nada. O Hospital Municipal não tem isso dessa maneira que são as instituições ditas: públicas e de tradição. Eles só cobram. A prefeitura não consegue inserir no contexto dela. Tenta, né? (NEO-UCI).

Outro aspecto observado nos itinerários dos pais deste estudo é que o fato de estar presente no momento da internação da esposa e do nascimento do filho configurou-se muito mais como uma relação de afetividade, confiança e respeito do que como cumprimento cartorial de um direito desses como usuários.

A presença dos pais junto com suas companheiras possibilitou a criação de relações para seu reconhecimento enquanto usuário nos três planos descritos por Honneth (2003). O primeiro deles se deu no plano da autoconfiança construída na relação (muitas vezes anterior) com sua esposa e familiares, como discutido anteriormente. O segundo se deu no plano do autorrespeito, pela garantia do cumprimento do direito ao acompanhante nas instituições que esses pais percorreram em busca de atendimento. E o terceiro plano do reconhecimento se deu a partir da construção de relações de solidariedade com os profissionais, voluntários e familiares que reforçaram a autoestima no processo de sentir-se/tornar-se pai. Exemplificamos essa afirmação trazendo o depoimento de Daniel sobre o contexto de nascimento da sua filha, que consideramos um exemplo concreto de reconhecimento vivenciado por este pai.

Foi estranho porque foi tão rápido. Eu estava no corredor da maternidade e a tia dela estava com ela porque estava mais calma. Ela dava cada grito no box! Eu saí lá fora pra falar com a minha sogra e com minha mãe que a neném estava querendo sair. Quando eu estou voltando para entrar, vem a menina que mora lá perto de casa e é voluntária²⁸ aqui e falou: Sua menina nasceu. Vem cá comigo. Eu vou lá falar com a sua sogra e sua mãe e vou te levar lá dentro. Aí eu fiquei paralisado. Ela falou vem cá. Aí eu fui indo ao lado dela e foi quando eu entrei a enfermeira falou: Não você não pode entrar aqui não! E eu disse: Mas eu sou o pai... . Aí ela disse: Ah, então pode. Quando eu cheguei minha filha estava lá com a Carolina. (Daniel).

Ainda na fala de Daniel, identificamos a presença de pessoas que corroboram seu reconhecimento enquanto pai e usuário. A permeabilidade institucional que favorece a presença de usuários e voluntários da comunidade possibilita o fortalecimento das relações dos pais com suas redes sociais. Utilizando a tipologia de Martins e Fontes (2004), identificamos que se trata de uma rede de apoio formada pelas mães de Carolina e Daniel e a tia, que os autores denominam como rede sócio-humana; e uma voluntária que atua na instituição mora na sua comunidade, que chamamos de doula comunitária, mediadora da rede socioinstitucional,²⁹ e a enfermeira representando a equipe de trabalhadores, com atributos coerentes com a rede sociotécnica.

Parece-nos evidente que a adoção do itinerário da paternidade como uma ferramenta de análise para qualificar as ações da integralidade em saúde foi uma escolha acertada, porque nas trajetórias estão claramente explicitadas as implicações da presença desses pais para a mudança de atitude dos profissionais inseridos no contexto da assistência na instituição. Cabe-nos ainda ressaltar que essa configuração organizacional se dá por uma decisão institucional de garantir a presença do acompanhante, o que implica negociação e decisão sobre o tipo de assistência que essas mulheres irão escolher.

Neste sentido, a decisão de como acontecerá o parto não advém da indicação exclusiva do profissional, mas de um processo de negociação e pactuação com os usuários (pai, mãe e familiares). Essa assertiva ganha esteio na afirmativa de Pinheiro (2007b), que entende o direito de ser como o direito de ser diferente. No

²⁸ Identificada como a *doula comunitária*.

²⁹ Seu papel como mediadora colaboradora no momento do parto será discutida mais adiante.

campo da saúde, este direito ganha materialidade quando é garantida a participação do usuário na decisão das tecnologias utilizadas no seu tratamento na organização dos serviços.

Vislumbramos, com isso, que a participação do pai nas decisões sobre a assistência ao parto da companheira deriva de um compartilhamento e responsabilização com a equipe. Isso significou para os profissionais de saúde o estabelecimento de uma relação mais solidária e menos fiscalizadora com os usuários.

[...] Por ele participar mais mesmo, ver o que é nascer e ver o trabalho da gente também, porque é muito fácil, às vezes, chegar e te acusar porque não viu nada. Porque o recém-nascido nasceu mal às vezes. [...] Dá trabalho pro médico porque não estava acostumado, mas se você deixar se permear por isto você vê que quem vai levar a vantagem é você mesmo. Dá mais trabalho porque você tem que falar as coisas e tal. (NEO-UCI)

Por outro lado, observamos que para o estabelecimento de uma confiança pelos usuários nas condutas assistenciais da equipe na maternidade foi importante uma abordagem multiprofissional dessas famílias. Cecílio e Merthy (2007) reforçam essa constatação, ao afirmarem que a integralidade no cuidado ao usuário é dependente da articulação dos pequenos cuidados realizados por cada profissional, de forma que estes vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada.

Essa articulação ficou evidente na trajetória de Daniel, ao ser acolhido pela psicologia antes do nascimento da filha, o que permitiu que posteriormente ele se mostrasse mais tranquilo sobre os cuidados especiais de que ela necessitou após o parto.

Eles acharam que iam ter que intubá-la logo ao nascimento mas não precisou. Ela ficou mais uns 20 minutos depois de nascida lá com aquela mangueirinha no nariz, respirando belezinha. Com a enfermeira cortando o cordão que tiveram que cortar rente a barriguinha dela. Aí ela subiu sabe. Nem deu pra ficar vendo ela direito. Eu fiquei igual um bobo. Só tirando foto, só tirando foto. [...] Ela tava com um paninho enrolado na cabeçinha, bonitinho pra caramba. Ficou lá chorando. Aí fiquei tirando foto e a enfermeira foi enrolando ela no pano correndo pra levar. (Daniel).

Outro aspecto importante, que atravessa a dimensão dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores, diz respeito ao que a vivência institucional de uma assistência ao parto que garante a presença do pai pode gerar numa formação diferenciada dos profissionais. Identificamos a sala de parto como um espaço de ensino e aprendizagem e, segundo um neonatologista (NEO-UCI), compartilhar dessa vivência com os usuários (pais, mães e familiares) traz elementos importantes para a educação permanente no serviço.

Uma sala de parto é um momento de alegria. As situações não necessariamente são ruins, você passa a vivenciar essa emoção. A gente pensa que ela não é tão forte, mas é forte. E isso modifica. Até o acompanhamento de alunos [medicina]. Uns são mais durões. Cada um é de um jeito mesmo. Mas eu tenho visto que depois do acompanhamento ele tem outra postura, de ver a mulher de outro jeito. Porque é muito difícil. É muito lindo, cheio de amor, mas é muito difícil. Para ele, então, que não tá fazendo força, passando o rasgo ali, acho que ele vê e valoriza muito mais. Por isso eu acho que tem ajudado. Sem dúvida nenhuma. (NEO-UCI).

Diante deste fato, fica evidente a indissociabilidade das dimensões analíticas aqui propostas: políticas e organização dos serviços e saberes e práticas dos profissionais. Discutiremos no próximo item o processo de alta da esposa e a continuidade do processo de internação do filho na UTIN, onde entendemos que a efetivação da integralidade na atenção e cuidado do recém-nascido ganha força e relevância.

b) Momento da alta da esposa e a continuidade da internação da filha na UTIN

Consideramos este momento delicado, pois significou uma mudança importante no arranjo familiar, ao configurar uma separação corpórea e não menos afetiva entre o pai e o filho. A internação do recém-nascido de risco na neonatologia modifica de forma dramática a participação do pai na instituição.

As políticas de organização dos espaços assistenciais na UTIN impõem obstáculos à presença do pai nesse ambiente. Dessa maneira, verificamos que o pai lança mão das redes sociais que se inserem, sendo que os mediadores colaboradores existentes no arranjo familiar, comunitário e institucional apresentam-

se como elementos fundamentais na continuidade do reconhecimento desse pai como usuário-cidadão.

Essa vivência pode ser constatada na fala de José Carlos:

Até a minha esposa ficar no hospital, eu podia tá acompanhando ela. Eu era o acompanhante dela. Tinha a cadeira excelente, né? Tudo de bom estava ali. Pertinho da minha esposa, direitinho. Quando a minha esposa teve alta, aí eu tive que sair. Aí eu tive uma complicação: porque eu tenho muito parente morando aqui [BH] mas eu não conhecia ninguém. Não tinha a mínima ideia de onde morava alguém. Aí eu liguei: Mãe, eu não sei o que eu vou arrumar!? (José Carlos).

Identificamos, assim, que tanto José Carlos, ao decidir permanecer na instituição durante todo o período de internação da filha, como Daniel, que também visitava diariamente a filha na UTIN, demandaram o apoio de mediadores colaboradores para permanecerem na instituição como acompanhantes de suas filhas.

A falta de infraestrutura para acolher estes pais que desejavam permanecer na instituição foi identificada na fala do plantonista social:

Esse serviço que é de grande importância para o pai, o Sofia não oferece. Ele oferece para a mãe que é a casa das Sofias para a mãe que acompanha o filho. [...] O hospital dá esse conforto para elas, o que o homem não tem. Então quando o pai vem visitar, às vezes, pessoas simples, humildes que nem tem condição de pagar uma pensão ou coisa assim, chega aqui e fica com dificuldade. Muitas vezes, chega aqui e nem tem dinheiro para alimentar, não tem onde dormir. E aqui no Hospital a gente tenta fazer alguma coisa para esses pais. A gente pega um sofá, um cobertor e uns lençóis para ele dormir aqui. Passar a noite. [...] Porque as mães, elas falam maravilha. Da maravilha deste hospital, mas infelizmente os pais não têm isto. Então a gente tenta fazer dessa forma: arruma um sofá pra eles. (CS).

Ao mesmo tempo em que observamos uma preocupação com o reconhecimento desses pais na maternidade, que passa pela valorização da sua presença e pela busca da construção de relações solidárias entre esses usuários, há uma contradição quando se consideram esses pais como visitantes no serviço de neonatologia.

Eles falam que pai não é visitante, mas já vem no crachá dele de todo tamanho: Pai visitante. Ele tem horário determinado para ficar, de 09 às 21h. Então eu acho que não é tão aberto assim para os

pais. Eu acho que ele tem uma dificuldade até de permanência mesmo na instituição. (AS).

O discurso da Assistente social corrobora com a percepção de que para os pais o reconhecimento de sua identidade como membro nato da situação de internação é importante apesar de práticas institucionais, tais como horários de visita fechados, não considerarem seu modo de vida.

No percurso de Ivan, cuja filha permaneceu internada oito meses na neonatologia, ele identifica dificuldades de articular seu trabalho com a participação no cuidado na UTIN. Imputa esse fato à falta de flexibilidade da organização da instituição para acolher essa demanda.

Nossa! Às vezes quando eu vinha aqui, não era amor? Eu saía do serviço, pegava o ônibus da fábrica e vinha direto para cá participar, queria ver dar banho, ver trocar. [...] Chegava muito cedo porque eu pegava ônibus lá às seis e meia, então, no máximo, às sete e meia eu já estava aqui. Mas o horário que eu podia entrar era só de nove horas em diante na UCI. Então, quando eu podia entrar, ela já tinha tomado banho, já estava de roupinha trocada. Eu acho que isso seria bom o pai participar. (Ivan).

Essas duas situações nos remetem a Mattos (2001), quando afirma que a construção da integralidade nos serviços de saúde deve implicar um modo de organizar o serviço sempre aberto para atender a uma necessidade não contemplada na organização anteriormente dada. A necessidade de articular o trabalho com a participação no cuidado com o filho surge como uma demanda dos pais, repercutindo de diferentes maneiras nas suas trajetórias. A primeira relacionou-se com o impacto do trabalho na sua participação no cuidado do filho. Isso teve uma relação direta com o tipo de vínculo estabelecido e com o cumprimento das leis trabalhistas.

No itinerário de José Carlos, o fato de ele ser agricultor e autônomo e poder contar com o suporte dos membros da sua família e vizinhos (redes sociais) para realizarem a colheita e venda do seu café constituíram ações decisivas para sua escolha em permanecer na instituição com sua esposa e filha durante todo o período de internação.

Porque lá na minha cidade eu trabalho por conta própria. Eu trabalho para mim mesmo, né? Eu mexo com o ramo de café. Quando eu vim pra cá eu não tinha apanhado nenhuma delas ainda. Vim com meu

serviço todo lá, mas eu não conseguia trabalhar lá também, pensando em tudo aqui. Aí eu falei: pai, veja o que você pode fazer aí. O que fizer tá bom. Aí meu pai estava trabalhando, a minha mãe ajudando. Aí eles falaram para mim: não fica preocupado que tá indo tudo bem e tal. Eu nem sei como agradecer o pessoal lá. Os meus vizinhos, o meu pessoal lá fez um mutirão e apanharam o meu café todinho. Me ligaram e disseram: Oh, tá tudo tranquilo, fica aí com seu neném. Não preocupa que aqui já tá tudo ok. A gente fica, sei lá. A gente fica até pensando: o pessoal ajudando a gente, tudo. E o pessoal aqui também está ajudando a gente com tudo. (José Carlos).

Tomando como referência essa fala de José Carlos, é possível inferir que a ajuda prestada pelos familiares e vizinhos na colheita do café assemelha-se àquelas relações que Caillé (2002) denomina de dom e contradom. Ou seja, diferentemente de ação social qualificada por aspectos individualistas e utilitaristas, o que se observa é um tipo de ação social pautada pela espontaneidade, amizade, solidariedade e reciprocidade, onde os bens e serviços transitam.

Praticamente todos são da família, mas tem uns que são vizinhos que veem a situação que a gente tá passando. É um pessoal muito gente boa. Eu acho assim: num lugar que a gente trata todo mundo bem, a gente sempre tem uma recompensa, né? Eu graças a Deus, o pessoal lá gosta muito de mim. Também gosto muito de todo mundo. Trato todo mundo igual. O pessoal sempre trata o pessoal mais simples diferente. Eu não. Eu trato todo mundo de um jeito só. Do mesmo jeito que eu trato você, por exemplo, eu trato outra pessoa. Pra mim todo mundo é igual. E graças a Deus a gente vê essa repercussão agora, né? O pessoal me ajudando e tudo... Eu falei com a mãe: Agradece o pessoal aí, que quando eu chegar eu vou à casa de todo mundo agradecer pessoalmente. (José Carlos).

Constata-se na fala de José Carlos sua crença na força de uma relação solidária estabelecida com as pessoas da comunidade, que gera um tipo de recompensa que advém da solidariedade entre os membros da sua rede social, gerando a obrigação de retribuir por meio de visitas e agradecimentos quando no retorno a sua cidade. Essas relações configuraram a importância dos vínculos em detrimento dos bens (CAILLÉ, 2002).

Já no percurso de Daniel, como estava desempregado no momento do nascimento e até duas semanas após a internação da filha, ele tinha disponibilidade de vir todos os dias para visitar a namorada e a filha no período da tarde. Contava com o suporte de hospedagem por parte de uma tia materna, e financeiro, para

passagens, das avós maternas. Mais uma vez, a participação fundamental dos membros familiares na permanência do pai junto a sua filha fica evidenciada.

Ivan, que vivenciava um período de internação prolongado de sua filha, que durou oito meses, descreve como a lógica imposta pelo trabalho numa fábrica desconsiderava sua necessidade como homem e como pai, além da ausência de um suporte mais efetivo por parte das políticas públicas, uma vez que a licença-paternidade no Brasil é de apenas cinco dias. As agruras vivenciadas por Ivan, retratadas no relato abaixo, caracterizam de forma sintética a lógica do mundo do trabalho, quando se trata de questões como a paternidade.

[...] onde eu estou trabalhando, se deixar eu trabalho sábado, domingo, feriado, aí eu não tenho tempo de vê-la. [...] Eu pego três e quarenta e cinco, mas o horário que eu pego o ônibus é duas e meia. Então eu não tenho tempo de vir, ainda mais que eu moro longe. Eu moro lá perto de Contagem. Então pra mim deslocar daqui eu quase que já perdi o meio do dia todo. Aí como às vezes não dá um atestado, eu não posso vir durante a semana, dia de sábado, igual foi ontem, a gente foi chamado pra fazer hora extra, né? Eu falei que não, que era o único dia que eu tinha pra ver minha filha mas no serviço eles não olham muito isso. Aí, geralmente o que inibe um pouco a gente é isso. A gente não poder ficar participando muito, né? (Ivan).

Embora a organização do serviço pareça insensível à participação do pai, na medida em que se organizam as práticas que o qualificam como visitante no serviço de neonatologia, podemos observar um movimento dinâmico por parte dos gestores da instituição em estudo, voltado para repensar sua permanência como um usuário reconhecido nesse espaço de cuidado.

Esse homem foi chegando, ocupando esse espaço e aí acho que a instituição pensando nas necessidades dos usuários vai ter que repensar essa estória desse homem, né? Como é que ele fica lá em cima nas casas³⁰? Ele fica de que jeito ali, né? Parece que ele não é parte, é esse sentimento mesmo. Parece que toda hora está fazendo um favor para ele. Cedendo para ele alguma coisa como se ele não fizesse parte do todo [...] mas no cotidiano a gente vai não permitindo a entrada dele e a permanência dele, a entrada a gente não impede. Mas da permanência maior. Dentro do desejo dele. (LPI2).

Outro aspecto explicitado pelos profissionais médicos refere-se ao impacto positivo que a vivência dos pais com seus filhos internados pode trazer para sua

³⁰ Casa das Sofias, Casa do PID-Neo.

própria experiência de vida, a partir da criação de um vínculo com esse filho, gerando mudanças de postura no arranjo familiar.

Na Neo do mesmo jeito que é importante a mãe estar ali do lado do filho para intensificar os vínculos e criar um vínculo com essa criança, que não é a criança que ela sonhou, imaginou. O pai também deve estar presente. Porque aquele filho que está ali também não é o filho que ele imaginou: uma criança saudável que daí a pouco tempo estaria vestindo um uniforme do Cruzeiro, Atlético, jogando bola com ele, se fosse uma criança do sexo masculino. E se fosse uma menina, ele já tinha os seus ideais para, do que ele pensava pra ela, de um dia tá entrando com ela numa igreja, numa festa de 15 anos ou estar entrando na igreja com ela para o casamento. Ele construiu tudo isso a partir do momento que ia ser pai de uma criança e essa criança nasce com problema e, de repente, esses sonhos são desfeitos nesse processo e ele está ali exatamente para criar um novo vínculo e firmar outras expectativas com aquela criança dependendo das condições que ela tem. (MAT-OB).

Eu acho que esse é um ponto fértil de você ter um prematuro, te convida a isso: o pai ser mais amoroso, mais conservacionista, dar a vida. Priorizar a vida. Então eu acho que o ambiente de permanência do bebezinho pode servir para ele. Esse paizinho que perdeu a filha hoje, o M., o tanto que o cara lapidou a rudeza dele, porque ele é um lavrador. Um cara bruto, entendeu? Ainda falei com ele, você pensa bem, uma flor escolheu ser sua filha. Como você lapidou, como quebrou a rudeza, como foi bom pra ele sentir. É outra pessoa. (NEO- SP).

Ao mesmo tempo em que identificamos a manifestação de atitudes dos profissionais para o empoderamento dos pais, é clara a fragilidade deles como usuários diante de outros saberes presentes na instituição. O “poder” do saber, como verificado em vários outros estudos (DUARTE, 2007; LAMY, 2000), produz uma assimetria desfavorável àqueles que detêm o saber leigo (usuário) diante do saber técnico (profissionais e gestores).

Por que talvez seja um serviço mais fechado que predomina mais o poder do médico? Então eu sinto que passa por outras questões que não só essa questão do pai. E também vejo que nos usuários, a fragilidade deles é maior. Por isso tem que ter realmente a questão do controle social, do serviço social porque às vezes ele mesmo, enquanto usuário, não consegue fazer esses enfrentamentos com os profissionais, essas discussões, né? Ou fazem de uma maneira hoje, que a gente tem percebido, de um desgaste muito grande, mas não como uma coisa que contribui para os outros que vão chegar, vão poder estar indo para os lugares. Às vezes fica muito no isolado, no individual, porque é uma questão do direito dele. (LP12).

Para enfrentar essas assimetrias, verificamos que os pais articulam suas redes sociais por meio dos mediadores colaboradores (associações de bairro, usuários, conselho de saúde) que atuam nos espaços assistenciais do hospital e que os auxiliam na busca de reconhecimento da sua demanda como usuários.

Questões semelhantes foram encontradas na pesquisa conduzida por Martins, Bezerra e Nascimento (2009), que identificou mediadores colaboradores na comunidade, no sentido do empoderamento dos usuários a partir da tomada de consciência de sua importância no andamento da política de saúde e da esfera pública. A partir das relações estabelecidas nesse cotidiano, são identificados os plantonistas sociais como usuários que potencializam o acesso a este direito como um valor:

O plantonista social é o seguinte: em prol dos direitos do usuário dentro do hospital. Aquilo que na lei eles têm direito, é direito por lei: que é o acompanhamento, o direito ao acompanhante. A locomoção dentro do hospital, a liberdade de transitar dentro do hospital, entendeu? Na alimentação e no atendimento digno, humanizado. E a gente atua não só com a usuária, mas com o usuário. (CS).

Verificamos que este processo de reconhecimento aconteceu a partir da escuta por uma demanda de permanência desses pais usuários, facilmente constatada na fala de Daniel. Para participar do nascimento da filha, Daniel contou com a ajuda da doula comunitária enquanto os pais na neonatologia, por sua vez, contaram com o apoio do plantonista social para permanecerem na instituição.

Dessa forma, as doulas comunitárias, no momento do parto, assim como os plantonistas sociais, no momento de internação dos filhos na UTIN, configuraram-se como mediadores colaboradores de redes sociais fundamentais para o reconhecimento e permanência dos pais como usuários. Na perspectiva de intelectuais orgânicos contemporâneos, as atitudes solidárias que envolvem os pais na instituição podem ser entendidas como um dom, a partir do momento em que eles reconhecem os outros usuários como cidadãos.

Esse resultado corrobora a assertiva de Martins (2009b, p. 135), ao afirmar que “a participação do usuário depende diretamente do fortalecimento dos mecanismos de reconhecimento dos indivíduos na esfera pública em saúde, ou seja, no interior de campos de construção e negociação de discursos e práticas entre o

Estado e sociedade civil.” Dessa maneira, seria possível a construção da cidadania pelo fortalecimento do autorrespeito por meio de relações solidárias.

Para concluir este tópico, destacamos como a principal repercussão na gestão do serviço de saúde o aumento da permeabilidade da instituição ao controle social e ao reconhecimento do exercício da paternidade como um valor a ser respeitado, representando um direito a integralidade da assistência prestada.

Acreditamos, a partir da análise da dimensão das políticas e organização dos serviços de saúde, que essa construção se faz no estabelecimento de uma relação de responsabilidade mútua entre gestores e profissional e destes com os mediadores, como pode ser observado nesta fala de um plantonista social.

A direção do hospital já nos autorizou a fazer esse atendimento a esses pais. A gente leva o caso pra eles e nunca foi negado. Esse serviço de alimentação, o café da manhã, jantar. Só mesmo um lugar reservado pra ele dormir que não existe ainda. Até acredito que o Sofia do jeito que é não vai demorar a fazer isso. Eu acredito nisso. Mas é um direito do usuário que eu acho, que eu conheço, é só o Sofia que respeita. Que faz questão de cumprir. (CS).

4.2 Os itinerários da paternidade na dimensão dos saberes e práticas dos profissionais de saúde

Os itinerários destes pais trazem questões importantes em relação à dimensão das práticas e conhecimentos dos profissionais de saúde no seu cotidiano com estes usuários.

Para realizarmos a discussão, agrupamos essas questões em dois eixos. No primeiro, buscamos destacar **as relações estabelecidas no acolhimento desses pais pelos profissionais**. Estas envolveram a negociação de saberes entre os profissionais para a permanência desses usuários, assim como situações em que inflexões foram evidenciadas na construção dos vínculos entre esses sujeitos.

Para abarcar as questões observadas nas mediações realizadas pelos pais com os profissionais, voluntários e mães para o cuidado com o filho, organizamos o segundo eixo, que denominamos de **o pai de observador privilegiado para mediador colaborador na busca pela integralidade no cuidado com o filho**.

É importante ressaltar que esses dois eixos são transversalizados pela existência de uma hipervalorização das tecnologias de alta complexidade e custo presentes na oferta de cuidado ao recém-nascido. Por sua vez, as relações intersubjetivas estabelecidas entre os sujeitos, incluindo o pai, não são consideradas como uma tecnologia.³¹ Essas relações ainda se revestem de importância, pois envolvem a construção social e cultural dos profissionais na medida em que atribuem a responsabilidade e participação do cuidado apenas à figura materna.

Isso fica evidente na fala da coordenadora da Enfermagem da Neonatologia, ao afirmar que desde o início das atividades na unidade em estudo, no ano de 2000, a inclusão dos usuários, em especial da mãe e, posteriormente do pai, revelou-se uma grande preocupação, fazendo parte de um intenso processo de negociação na produção do cuidado do recém-nascido de risco.

[...] Depois teve a expansão da neonatologia e mais uma unidade foi criada e uma delas ficava como UCI, onde a mãe ficava o tempo todo e na outra era a UTI, a mãe não ficava o tempo todo, assim como o pai também não permanecia. Até que você não conseguia uma argumentação com a mãe. Assim, a equipe teve que procurar os caminhos que favorecessem de fato essa permanência. E eu acho que, um pouco, com a questão da tentativa do cuidado centrado na família, de busca de alternativas de inclusão, mesmo dessas crianças, e de questionamentos acerca do direito do pai e da própria permanência dele na instituição, dormindo pelos corredores, buscando formas de permanecer. Isso começou a ser questionado, a equipe foi questionada pela diretoria. Era questionado entre si (os profissionais) pelo desconforto de ver uma pessoa deitada nos bancos ou sabendo que estava aflito lá fora, querendo uma notícia da criança [...]. (NEO-CE).

De outro lado, podemos perceber na fala do gestor que a configuração da neonatologia torna inevitável a ocorrência de algum tipo de restrição da presença dos usuários, tendo em vista o amplo uso de tecnologias para a realização do cuidado a criança.

O predomínio das tecnologias duras dentro da neonatologia e das leves dura, tá certo? Isso de certa forma já barra inclusive até a mãe, não é só o pai. Então, isso aí perde um pouco o acesso dos homens. E também, aquele conceito de unidade fechada, também é outro que dificulta a permanência do homem ao lado, e a própria resistência do sistema de saúde pública, da Secretaria Municipal de Saúde quando ele tenta barrar inclusive a visita das pessoas dentro dessas

³¹ Referimo-nos às tecnologias para o cuidado à saúde descritas por Merhy (2000).

unidades e aí, conseqüentemente, ele barra também o homem. (LPI1).

Embora identifiquemos a vontade política de construção de dispositivos institucionais para o atendimento da necessidade do pai como usuário, mediante, por exemplo, a ampliação do horário de acesso das 9 às 21 horas, seu *status* como “visitante” não se modifica na percepção dos profissionais.

Analisando as entrevistas e anotações da observação realizada na UTIN verificamos, nas práticas dos profissionais, algumas atitudes em que eles acreditam demonstrar o não-reconhecimento desses pais. Tais atitudes se relacionam ao que chamaríamos de “hegemonia cultura do papel da mãe no cuidado e responsabilidade com o filho”, que se revela desde não olhar para eles (pais) no momento da notícia sobre a condição clínica dos filhos, como o não-compartilhamento da responsabilidade nas decisões da equipe, da mesma forma como é feita com as mães. Isso foi observado na fala da plantonista e coordenadora médica da unidade.

Eu acho que muitas vezes quando a gente conversa a gente se refere à mãezinha e esquece do pai. [...] Porque quando a gente vai dar informação, a gente dá informação olhando pra mãe. (NEO-UTI).

A mãe, a gente está sempre conversando, falando, estimulando, mostrando para ela, como eu costumo falar: “Que ela é um remédio que não se compra em farmácia.” Com o pai eu acho que a gente tem mania de jogar a responsabilidade do filho na mãe, a gente não faz isso com o pai. E eu acho que isso não é só do médico, só da fisioterapeuta, da psicologia... É geral. (NEO-COM).

Com essa constatação, inferimos que os profissionais entendem que, por razões culturais, o fato de considerar a mãe como cuidadora principal traz dificuldades para a construção de relações solidárias e de reconhecimento da participação paterna.

Na esteira dessas questões, fica evidente o permanente tensionamento produzido pelo pai nas relações com os outros membros da equipe, tendo em vista que ele não é um usuário “habitual” do serviço de neonatologia. Os profissionais reagem de forma negativa, sempre que possível evitando sua presença no cotidiano do serviço.

Eu vejo que, muitas vezes, a mãe, ela tensiona, mas a mãe é constante. Aquela coisinha latente. O pai, como não é tão constante

e no momento em que ele está a corda apertada mais. É como se: “Olha da mãe eu não posso ficar livre, já tá consagrado e seria uma maldade da nossa parte retiramos a mãe de perto de um filho”. Agora, “do pai, eu ainda posso evitar.” Você tá entendendo? É como se tivesse assim, grosseiramente, a sensação que eu tenho é essa: que ainda é evitado. (NEO-CE).

Embora predomine esse tipo de atitude, alguns profissionais acreditam que é necessário realizar um esforço de mudança dessa prática cotidiana, como pode ser observado no discurso de uma neonatologista que aponta para uma abertura a essa postura:

Eu estou tentando me corrigir. Igual hoje, esse neném que está grave. Eu perguntei; “Qual que é o seu nome, pai?” Então assim, olhar para os dois porque não é só a mãe. O pai também é importante ele saber que é importante também. Então, às vezes, eu acho que a gente tem que trazer eles mais pra cá. (NEO-UTI).

Segundo Dittz (2009), essa abertura implica correr riscos e sair de uma posição de conforto e segurança. Entretanto, muitos profissionais recusam esse movimento, de forma que passam a intermediar o encontro com os usuários por técnicas, tecnologias e normas, formando uma defesa contra a alteridade, na tentativa de se manterem “imunes” nas relações intersubjetivas construídas no processo de cuidado. A não-aceitação desse desafio reduz as possibilidades de mudança, de criar outros modos de existência e de cuidado, levando a “uma diminuição da capacidade de atualização e diferenciação, da produção de novas normas de vida, da própria saúde.” (GOMES et al., 2007, p. 26).

Paradoxalmente às dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais com os pais no cotidiano, é interessante notar como o dispositivo institucional de ampliação de horário nas unidades neonatais tem transformado as práticas profissionais rumo a movimentos de inclusão e reconhecimento da importância do pai no cuidado com o recém-nascido, na situação de internação. Entendemos essas ações como práticas de cuidado pautadas pela integralidade, cuja dinâmica de reconhecimento dos pais como usuários-cidadão se faz por meio do acolhimento pelos membros da equipe, promovendo a inclusão e participação do pai na tomada de decisão da equipe.

a) As relações estabelecidas no acolhimento destes pais pelos profissionais

No itinerário dos pais analisados neste estudo, verificamos que as relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e destes com os usuários produzem ações que influenciam no reconhecimento dos pais como usuários na UTIN, mediante práticas de acolhimento ali desenvolvidas.

O vigor do tema do acolhimento nas falas dos profissionais da instituição reflete o caráter multiprofissional e a utilização de saberes interdisciplinares. A presença de uma equipe composta por profissionais do serviço social, psicologia e terapia ocupacional afinados com uma política institucional, além de estreita relação com a comunidade (redes sociais), criam as condições para a permanência do pai, nas quais o acolhimento se dá pela escuta ampliada de suas necessidades.

Bom, nos conversamos com esses pais e a gente entra num acordo com a equipe, da necessidade de estar fornecendo alimentação ou um lugar para dormir. Um lugar para dormir é o hospital-dia. Para alguns pais nós liberamos a refeição um ou dois dias só e para outros pais nós liberamos por toda a permanência. Vai depender muito da escuta pela equipe da necessidade dessa família. (AS).

Aportamos a Silva Junior e Mascarenhas (2004), que discorrem sobre as possibilidades de acolhimento expressas na prática dos serviços de saúde pautadas pela integralidade.

[...] podemos pensar no acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços. Como postura [...] pressupõe a atitude, por parte dos profissionais [...] de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. [...] Os trabalhadores de saúde incorporam a escuta e a conversa com o usuário como importantes instrumentos de trabalho, e não como tempo e conversas desperdiçados. [...] como técnica, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas que facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados. [...] Identificam-se as demandas dos usuários e, com isso, rearticula-se o serviço (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004, p. 243-246).

Negociações e pactos são estabelecidos concomitantemente entre os membros da equipe, porém não sem conflitos, e em vários momentos eles recorrem aos princípios da legislação do SUS, como a integralidade e a equidade, para defender suas posições e decisões quanto à inclusão do pai como usuário cidadão.

Nós liberamos [a alimentação] por um período que José Carlos ficou no hospital. Neste período tinha outro pai, também do interior, que em momento nenhum pediu almoço. Ele pediu um lugar pra dormir e estava dormindo no mesmo lugar que José Carlos. E deu essa confusão porque a equipe quis saber “Por que não liberou para um pai e liberou para o José?”. “Porque ele não pediu. Porque a família (dele) ofereceu para pagar o aluguel de uma casa aqui no bairro para ele ficar e não ter que dormir aqui no banco. Então se ele tem condições de pagar um aluguel, ele tem condições de pagar quatro reais para um almoço.” Então são esses critérios que dão muita confusão entre a equipe, mesmo sendo um acordo entre, às vezes, por exemplo, a terapia ocupacional e serviço social decidem mas a psicologia não estava naquele momento. Aí você conversa com a coordenadora da TO, aí libera o almoço. Depois vem outro profissional questionando, né? Tá certo que a maioria dos nossos usuários são pessoas carentes, mas é a questão que eu falei com a outra assistente social, dos princípios do SUS: você não tem a equidade? Então, a gente tem que ter equidade na questão de quem você vai dar ou almoço. Todos são carentes, mas tem uns que são mais carentes que outros. (AS).

A iniciativa dos profissionais de articular princípios como da integralidade e equidade é corroborado por Bonaldi et al. (2007, p. 56), que destacam como fundamental a incorporação, pelos profissionais, de novos dispositivos para a construção do trabalho em equipe, que envolve necessariamente “a tessitura de um saber-fazer comum, um fazer com”.

Pensando o trabalho da equipe como um processo de experienciação e negociação, Honorato e Pinheiro (2007) destacam que o compartilhamento dos objetivos dos profissionais deve ser o mesmo e suas relações pautadas pelos princípios que visam implementar, o que demanda confrontos e consensos.

Tocar a filha pela primeira vez configura-se numa relação intersubjetiva que reflete a postura dos profissionais face à necessidade vital do pai de ser acolhido. A participação das técnicas de enfermagem no acolhimento nessa situação nos chama a atenção para a integração e mobilização da equipe de profissionais como um todo, articulando com os outros membros essas necessidades.

[...] eu ficava olhando assim, né? Pela incubadora, lá em cima, com vontade de passar a mão nela, de encostar a mão na perninha dela. Então a enfermeira chegou perto de mim e disse “Olha, você pode, abrir aqui...” [...] Aí eu lavava a mão direitinho e ela falou “Pode. O pai e a mãe podem abrir aqui, tá passando a mão no neném...” Pra mim foi só alegria. Aí eu fui passando a mão nela, brincando com ela assim... Para mim foi maravilhoso! As meninas (técnicas de enfermagem) chegaram e falaram isto comigo e eu achei interessante. Eu não sabia que eu poderia segurar também, né? O

negocio do neném, para estar mamando ali. Foi tudo de bom também, né? As meninas falaram também. (José Carlos).

Outras maneiras para acolher o pai foram encontradas pelos profissionais de saúde, criando oportunidades e/ou auxiliando-o na aproximação física e afetiva com o filho. Atos aparentemente simples, como acariciar o filho na incubadora ou no berço aquecido, realizar o cuidado canguru, segurar a seringa durante a dieta do bebê ou ajudá-lo a auxiliar mãe na ordenha do leite, foram algumas das iniciativas de reconhecimento que reafirmaram a autoconfiança, autorrespeito e autoestima dos pais.

De acordo com Tronchin (2003), tais iniciativas se revelam de extrema importância para esses homens, se levarmos em consideração o desconhecimento inicial sobre as formas de participação no cuidado com o filho de risco dentro de uma UTIN. Acolhê-los faz com que eles acompanhem melhor a evolução da criança e vislumbrem novas possibilidades de inclusão no cuidado.

Dentro da UTIN, identificamos que os profissionais presentes na assistência direta ao recém-nascido atuam como mediadores colaboradores do processo de reconhecimento do ser pai, possibilitando a construção de uma relação afetiva com o filho e de outros modos de subjetividade. Tal mediação é visualizada pela evidente capacidade de apreensão do profissional de um desejo, muitas vezes não expresso de forma verbal por esses pais.

Às vezes tem uns pais que a gente fala “Vamos dar mamar para o seu neném”. Aí ele olha assim: “Mamar?!”. “É colocar a seringinha assim com o leite, é como se ele estivesse amamentando, você tem um contato maior com seu filho”. Eles ficam doidos. (T-UTI).

Essa constatação é consubstanciada por Franco, Bueno e Merhy (1999), ao destacarem que, quando ocorre uma vinculação entre o usuário e o profissional que contribui para a organização do processo de trabalho em saúde, esta qualifica o agir em saúde como uma prática de integralidade.

O incentivo dos pais, por parte dos profissionais médicos, também constituiu um ponto importante identificado recorrentemente nas anotações da observação participante. Como exemplo, observou-se que quando um médico neonatologista, constatando que vários pais estavam realizando o cuidado canguru ao entrar na

UCIN, ressaltou “Nossa! A unidade está sendo o modelo.” (NEO-SP). Nesse momento, houve um movimento dos pais “de estufar o peito”, reconhecendo seu valor na manutenção da vida do filho.

No plano da autoestima, o ato desse profissional significou o compartilhamento do valor que a presença desses pais assume na efetivação da integralidade.

Em outros momentos, identificamos também a mãe como uma mediadora importante para o acolhimento e participação do pai, favorecida pela relação estabelecida por ela com as técnicas de enfermagem.

Daniel chegou à UTI às 14hs e eu estava passando a dieta. Aí a Carolina veio até mim e pediu para colocar, fazer canguru com ele. Eu falei: “Está terminando a dieta, vai ter que esperar um pouquinho.” Aí ele foi e desceu. Achei que ele não fosse voltar, mas quando ele voltou, ele voltou de camisola (rindo). Voltou de camisola, aí passou os 20 minutos que eu tinha pedido a ele e eu coloquei o neném no canguru. Aí ele ficou um tempão com o neném no colo, aí ele passou pra ela e saiu. Foi lá fora e voltou e pegou a menina no colo de novo. E fez canguru com a menina quase o dia todo. (T-UTI).

Entendemos que a iniciativa materna de mediar a participação do pai no cuidado com a filha para realizar o canguru pode estar relacionada ao valor dado por essas mulheres à participação de outros membros da família e também da comunidade, mas particularmente do pai, ao processo de cuidado do filho na UTIN. Este fato também verificado no estudo de Dittz (2009) realizado na mesma unidade.

Identificamos a passagem de notícias sobre o estado de saúde do filho como um momento emblemático, que se apresentou como uma inflexão a ser enfrentada nas ações de acolhimento com esses pais, sendo também encontrada em outras pesquisas que tomam como objeto as relações entre pais e mães na UTIN (TRONCHIN, 2003; LAMY, 2000; DITZ, 2009).

A notícia é encarada como um fato mobilizador no percurso desses pais, assumindo importância fundamental quando eles têm de lidar com a situação de risco de vida, seja da companheira, seja do recém-nascido. Notamos que, nesse momento, ocorre uma inversão dos “papéis”: o pai é o primeiro a entrar na unidade neonatal e a receber as notícias do estado clínico do filho e lhe é atribuída a responsabilidade a transmiti-las à mãe e aos outros familiares.

A unidade esta tranquila e observo que houve uma admissão e que o recém-nascido não está evoluindo bem. O pai encontra-se sentado na cadeira ao lado do berço aquecido³². A médica vai em sua direção, pergunta se ele é o pai do neném e passa notícias do bebê. O estado do bebê é grave. No final observo que ele se levanta, seca o canto do olho muito discretamente, e fala com a técnica que irá até a esposa passar a notícia que recebeu. (Diário de campo, 17/09/08, quarta-feira, às 14h50minh).

Se pensarmos na construção da integralidade na assistência ao recém-nascido e a família, torna-se necessário olhar com mais profundidade a atenção do profissional face à escolha do familiar para o recebimento da notícia, seja ela boa ou ruim. Talvez essa primazia do pai explicitada pelos profissionais se refira a um tipo de reconhecimento característico de uma cultura como sendo “o pai o mais forte e responsável para apoiar a família” como um todo. Vale destacar que este processo não acontece de forma contínua, nem linear, e que dependeu dos vínculos estabelecidos entre a equipe e os usuários.

Essa assertiva é corroborada pelo percurso de Daniel, que vivenciou duas situações contraditórias de vínculo e acolhimento com os profissionais médicos na solicitação de notícias da filha. Na primeira situação, observamos que a relação de vínculo entre a neonatologista e este pai possibilitava uma abertura para esclarecimento de dúvidas sobre as questões clínicas demandadas por Daniel, além de um interesse da profissional em saber sobre a saúde de Carolina, que estava ausente da UTIN por causa de uma gripe.

A médica fala com o pai sobre a evolução da filha e pergunta se Carolina está melhor. Ela parece bem solícita às perguntas feitas pelo pai sobre o problema do coração (Diário de campo, segunda-feira, 15/09/08 às 16h).

Contudo, numa segunda situação, ao ligar para saber notícias da filha, outra neonatologista que estava de plantão recusou-se a lhe informar sobre o estado clínico da filha, argumentando que só poderia fazê-lo pessoalmente.

Todo dia que eu ligava, eles falavam (a notícia da filha). [...] Aí eu liguei para cá e chamaram a pediatra e ela começou a conversar comigo e falou: "Não, mas eu não posso dar notícia pelo telefone

³² Nas unidades há cadeiras azuis tipo escritório com regulagem de altura, que permitem que os pais fiquem na altura das incubadoras e berços aquecidos, o que favorece o contato olho-no-olho entre pais e filhos.

porque eu não tenho certeza que você é o pai dela.” Aí eu falei: “**Não fala isso, não.**” Eu fiquei desesperado. Eu não posso ir ao hospital. “A Senhora não sabe como é que é ruim ficar 3 dias sem ter notícia.” Aí ela falou: “Não, eu sei como é que é mas eu não posso. Você vem aqui amanhã que eu estou até às 10 horas da manhã.” [...] Aí eu não consegui não. (Daniel) (grifo nosso)

Neste instante, impossibilitado de ir à instituição por causa do trabalho, Daniel desligou o telefone e começou a chorar, sendo necessário que sua mãe retornasse a ligação telefônica para a UTIN e conversasse com uma enfermeira sobre a situação. Essa enfermeira acabou informando que o estado clínico da criança era estável. A mãe repassou a notícia para Daniel, que ao final descreveu a situação e o sentimento de constrangimento vivenciado: “Eu fiquei até com vergonha de voltar no hospital.” (Daniel).

Nessa situação de não-acolhimento dos profissionais, identificamos que a mãe de Daniel e a enfermeira foram importantes mediadores colaboradores para o enfrentamento da situação de não-reconhecimento. Essa constatação ilustra aspectos da discussão de Lacerda, Pinheiro e Guizardi (2006), ao ressaltarem que a negação dos saberes, histórias e desejos dos usuários pelos profissionais nos serviços de saúde faz com que estes não sejam tratados como sujeitos políticos, o que limita inclusive as intervenções em saúde.

Outro aspecto relacionado ao momento da notícia diz respeito à luta por direitos. Para Ivan, a possibilidade de ter acesso a informação e discutir sobre a condição clínica da filha foi relevante no efetivo exercício da sua paternidade. Tratava-se de um momento delicado em que sua filha estava aguardando uma cirurgia para a realização de uma gastrostomia:

Eu até falei com a coordenadora médica da neonatologia e ela ficou até meio assim, porque eu virei e falei pra ela: “O que vocês estão esperando com a minha filha? Por que vocês estão passando outras crianças na frente da minha filha?” Aí ela falou comigo: “Não, a gente não dá preferência pra ninguém.” Aí eu falei assim: “Mas nós estamos há seis meses e tem criança com menos de um mês está fazendo a gastro”. Então, querendo ou não, está tendo uma preferência. “Ah, mas é caso disso.” Aí eu até questionei pra ela: “Então vocês estão esperando a minha filha cair na UTI pra fazer a cirurgia dela?” [...] Mas eu discuti mesmo: porque eu penso assim, eu sou o tipo da pessoa, eu sou muito compreensivo. Mas se eu vejo uma coisa e acho que não está certo e a pessoa me fala o contrário, ela tem que me mostrar. Acho que questionar não é... “Ah, você está passando por cima dos médicos”. Não estou passando por cima dos

médicos. Eu estou questionando uma coisa que é direito meu. Eu acho que eu não posso é afrontar. Questionar não é afronto. Porque eu não sou médico, então para mim passar a entender do caso, eu tenho que questionar vocês que são profissionais. (Ivan).

A postura do pai de reivindicar uma decisão sobre a cirurgia da filha corrobora a assertiva de Honorato e Pinheiro (2007), que consideram que o procedimento em saúde, por mais especializado que seja, sempre é uma ação de especialidades e, como trabalho humano, é atravessado pela pluralidade do mundo onde é exercida. Dessa maneira, por mais especializado que seja o procedimento, não há como negar que sua ação tem a capacidade de intervir no mundo das pessoas e é influenciada pelas relações construídas socialmente.

Concomitantemente, a imprevisibilidade da demanda quanto ao modo de oficializar a notícia para os pais gerou uma série de tentativas de institucionalização da notícia no serviço de neonatologia que não obtiveram sucesso. Embora a equipe acreditasse que seria mais apropriado um único profissional para a notícia ou um horário fixo para informá-la aos pais, essas soluções têm gerado conflitos constantes ainda não resolvidos.

A notícia é uma coisa difícil. Primeiro porque nunca vai estar legal. Pode dar dez vezes no dia que não vai estar bom. Olha, tem notícia todos os dias, agora. A notícia é dada por mim ou por outra médica, mas não está legal ainda. [...] Eu fico falando “que eu não sou a referencia de notícias, que qualquer médico que der notícia, é notícia”, mas não está legal. Ver ser um dia a gente conscientiza o público para isso. (NEO-COM).

Parece-nos evidente que, mais do que considerar aspectos de *onde, quem e quando*, deve ocorrer a passagem de notícias para os pais e mães na UTIN, ainda surge a questão de *como* isto tem sido realizado. Dessa maneira, “não basta escutá-los. É preciso situar o seu discurso em uma realidade própria na qual incidem, entre outros aspectos, questões de gênero e características territoriais” (TRAD, 2006, p. 199), se almejamos alcançar uma perspectiva de integralidade e reconhecimento na relação com esses usuários.

Identificamos as questões relacionadas à notícia sobre a situação de saúde dos recém-nascidos como um ponto necessário de reflexão por parte dos profissionais, pois em muitos momentos verificamos que a notícia realizada pelo

profissional médico ainda se reduz às condições clínicas do recém-nascido, sem se importar com as sensações e sentimentos gerados nos pais e mães diante da vivência de internação do filho. Paradoxalmente, a confiança adquirida pelos pais em relação ao trabalho dos profissionais é considerada positiva no que concerne à assistência prestada a seu filho. Podemos inferir que a relação intersubjetiva estabelecida no processo de reconhecimento gerou um ciclo de dádiva e reciprocidades entre os pais usuários e os profissionais de saúde.

Assim como no estudo de Lacerda e Valla (2005), identificamos que os vínculos de confiança estabelecidos entre os pais e os profissionais vêm permitindo que estes exerçam seus dons, por meio da transformação de seus saberes e práticas face aos saberes dos usuários.

Outro aspecto observado em nosso estudo e constatado também por Lamy (2000) é que a participação do pai no cuidado com o filho faz com que o recém-nascido, muitas vezes percebido pelos profissionais como um objeto de intervenção, passe a ser um sujeito que possui uma história que inclui os membros da sua rede social.

O tempo todo ele conversa com o neném. O tempo todo. “Filha, o papai tá aqui.” Eh, “Filha o papai tá te ajudando”. Ele sempre fala assim: “Melhora para gente ir pra casa que seu quartinho tá todo arrumado”. Ele pede desculpas para ela também. Nesse dia que ele estava fazendo canguru e quando eu fui retornar ela para incubadora, ele segurou na mãozinha dela e ela apertou a mãozinha dele e ele falou “Desculpa o papai de não poder vir todo o dia mas no domingo o papai tá aqui de novo”. Aí ele marcou domingo, final de semana. “Final de semana o papai tá aqui de novo, mas todo o dia o papai vai ligar pra saber de você”. Aí pegou e foi embora, mas quando chegou à porta, ele foi e voltou de novo e veio e falou assim: “Deus te abençoe”. É bonito de ser ver. (T- UTI)

Pareceu-nos evidente, no percurso desses pais, a mudança de atitude decorrente da convivência e participação do pai no cuidado com o filho. Essa possibilidade de “estar junto” com esses usuários possibilitou aos membros da equipe apreender as necessidades que essa participação demanda, reatualizando seus saberes e práticas na oferta de cuidado prestado a essas famílias. Essa apreensão acontece pela radicalização do processo de acolhimento por meio da escuta como *um cuidado experimentação*, que implica a ideia de que “a necessidade do outro, com o qual lidamos, precisa ser incluída, não por uma operação humanista

e piedosa, mas como elemento perturbador e analisador dos modos de vida naturalizados, das práticas de saúde instituídas” (HECKERT, 2007, p. 21).

b) O Pai de *observador privilegiado* para mediador colaborador na busca pela integralidade no cuidado com o filho

Ao longo dos itinerários de José Carlos, Daniel e Ivan, verificamos a participação dos pais em diversas formas de cuidado com os filhos, nas quais esses usuários expressaram emoções e sensações plasmadas pelo carinho que dedicavam a seus filhos dentro dos espaços assistenciais na neonatologia. Realizar o cuidado canguru nos espaços da UTIN e UCIN, levá-los para tomar banho de sol pela manhã no pátio do hospital e ajudar no banho do filho ou mesmo realizando-o sozinho no casa do PID-Neo são alguns dos exemplos dessas relações intersubjetivas identificadas nessas trajetórias.

Estar no dia a dia nas unidades assistenciais fez com que os pais construíssem seu reconhecimento no plano afetivo na relação estabelecida com seus filhos, companheiras e familiares. A apreensão do cuidado da criança fez com que eles se tornassem capazes de questionar a equipe em seus saberes e práticas, no que concerne ao efetivo atendimento integral à família.

A realização do cuidado com os filhos no momento da internação lhes conferiu os atributos habilitadores de ser usuário-cidadão. Mais do que isso, modificou o patamar da convencional relação estabelecida entre as instituições hospitalares e seus usuários, em particular no cuidado com o recém-nascido de risco. Tal situação pode ser observada na solicitação direta de Ivan a uma técnica de enfermagem para assumir o banho e troca de fralda, o que em muitos locais é restrito apenas aos profissionais.

Ah, porque ele chegava e eu perguntava. Aí eu falava: “Pode cuidar”, Aí ele dava banho, trocava fralda. Fazia tudo. Ainda pedia para a gente orientação se estava certo, mas ele mesmo gostava de fazer os cuidados com a filha e não ficava ansioso. E deu certo. Nossa! Muito bonito, bonito mesmo. (T-UCI).

A incorporação desses pais no cuidado fez com eles passassem de uma postura denominada por Duarte (2007) como *observador privilegiado*,³³ para se tornarem, em nosso estudo, mediadores colaboradores para a provisão do cuidado com seus filhos. A presença dos pais possibilitou espaços de negociação na tomada de decisão da equipe, que assumiu um caráter pedagógico ao questionar as práticas concretas dos profissionais, reconhecendo a busca desses pais pela integralidade da assistência prestada a seus filhos.

A constatação dessa afirmação é revelada quando analisamos um momento de José Carlos, no qual ele questiona a necessidade da técnica de enfermagem mudar sua filha de posição antes de ser realizada a dieta pela sonda orogástrica:³⁴

A gente fica um pouquinho chateado porque ela [filha de José Carlos] fica muito irritada quando acorda. Dormindo é uma maravilha. Eu sei que o trabalho das meninas [técnicas de enfermagem] que estão lá, só que às vezes, não tinha necessidade de estar mexendo muito com ela. Ontem, na hora de dar o leitinho para ela, porque se ela estiver nervosa a dieta não desce (pela sonda orogástrica). Aí eu ia dar o leite para ela, mas antes a enfermeira chegou, a colocou de um lado, colocou do outro, até que ela acordou. Acordou, acabou! (José Carlos).

Outro ponto percebido por José Carlos durante as administrações da dieta pela sonda orogástrica é que a filha ficava mais tranquila quando ele colocava um dos dedos na sua boca para que ela sugasse (sucção não-nutritiva), mas essa conduta não tinha sido autorizada pelo médico. Assim, a partir da participação direta neste cuidado, José Carlos apreende as respostas e reações específicas da filha e se utiliza deste aprendizado para negociar com o profissional médico alternativas para realizar a técnica de forma que atenda à necessidade da filha.

Eu quero conversar com o doutor “o que é que eu arrumo?” “Você falou que não pode, mas como vou arrumar com ela [filha] se ela estiver chorando?” Porque quando a gente estava fazendo [a sucção não-nutritiva], beleza, estava dormindo bem, né? Estava tranquila. Aí eu estou até querendo conversar com ele para saber, né? Talvez ele tenha uma ideia ou outra solução. (José Carlos).

³³ O termo foi utilizado por Duarte (2007, p. 88) para descrever a permanência do usuário na unidade neonatal atento àquilo que, em sua concepção, pode causar dano a seu filho ou favorecer que seja atendido em sua integralidade.

³⁴ Para o entendimento dessa discussão, é importante esclarecer que, no caso de recém-nascidos pré-termos, a administração de dieta (leite) tem que ser realizada por meio de uma sonda orogástrica até que eles tenham maturidade fisiológica para realizarem a sucção coordenada e se alimentarem diretamente no seio materno.

A partir do relato deste pai, identificamos uma corresponsabilização entre este usuário com o profissional na construção de estratégias para a integralidade da assistência. Esse achado nos remete à proposta realizada por Trad (2006), de que a análise da interação entre os profissionais e usuários deve considerar a ideia de rede de relações e de comunicações que

[se] por um lado acentua o caráter aberto de sua dinâmica, de seus sentidos e finalidades, admitindo, portanto, múltiplas configurações para o encontro entre esses sujeitos. Por outro, permite acionar a hermenêutica de dupla via, posto que o exercício de interpretação se impõe tanto ao trabalhador quanto para o usuário de saúde, em um processo de reconhecimento mútuo de visões, expectativas e limites (TRAD, 2006, p. 200).

Partindo do referencial da teoria do reconhecimento nos planos já detalhados no capítulo anterior, podemos inferir que a forma de participação e inclusão desses usuários nos cuidados de seus filhos ocorreu a partir de uma cultura de participação já existente nos espaços decisórios do hospital. Neste sentido, é importante identificar que a figura do mediador colaborador que conferimos a esses três pais carrega atributos da integralidade do cuidado com os filhos, que não se restringiram à relação com os profissionais. No entanto, influenciaram a própria relação entre a instituição e essas famílias, sobretudo quando se trata da garantia de permanência das mães no hospital para o cuidado com o filho de risco.

Conforme constatamos nos resultados evidenciados na análise da dimensão das políticas e organização dos serviços, observamos que aspectos relativos às práticas de gestão institucional, tais como a porosidade à presença e participação dos usuários no cotidiano, influenciaram na busca, pelos próprios pais – como mediadores deles mesmos – de seu direito de permanecer com seus filhos, como na situação descrita pela terapeuta ocupacional:

Esse pai ficou na unidade mãe canguru. Ele era inclusive estudante de direito. A mãe não estava doente, mas com um quadro de depressão e não estava se sentindo bem dentro do hospital. Isso a estava prejudicando e a relação dela com o neném. O pai veio, a gente já tinha falado na reunião de acompanhante desses direitos e tudo mais e aí o pai negociou, conversou com todas as mulheres que estavam na unidade mãe canguru e nenhuma se opôs à presença dele. Então ele me procurou, procurou o Serviço Social. Realmente, não tem nada que impeça, inclusive legalmente. E eu falei: “Olha, nós vamos ter que negociar com as pessoas, inclusive com as

mulheres que estão lá.” “Não, eu já conversei com todas.” E eu fui lá e ele já tinha negociado com todas, e todas eram a favor da presença dele lá. (TO).

Dessa forma constatamos, mais uma vez, a presença de redes de usuários presentes no âmbito institucional pautadas por relações de solidariedade e corresponsabilidade mútua, pela busca da integralidade no atendimento do recém-nascido. Neste caso, essa rede afirmou a importância dos aspectos intersubjetivos, tal como a afetividade como um valor no cuidado desse recém-nascido.

A figura de mediador colaborador dos três pais na construção da integralidade no cuidado com os filhos não foi restrita à relação com os profissionais, mas verificou-se que esses pais também se constituíram como mediadores colaboradores para a permanência das mães na situação de nascimento e cuidado com o filho de risco.

No relato de José Carlos, é possível observar a importância atribuída a sua presença para a permanência da esposa na instituição para o cuidado com o filho.

A minha esposa não sabe o que é ficar sozinha. [...] Quando eu falei com ela que eu tinha que sair que tinha que ir embora. Nossa! Ela ficou chorando, eu fiquei até com medo de dar uma depressão pós-parto. Eu fiquei preocupado mesmo. Eu ligava para ela e ela ficava chorando. Eu falava: Calma! Amanhã cedo eu vou estar aí. Porque no outro dia eu tava voltando, né? Mesmo porque eu não podia largar ela, Não posso. Mesmo hoje: tem dia que ela tá uma maravilha mas tem dia... é uma situação muito complicada. Eu tô ali perto, dando apoio, incentivando. Mas o que acontece: eu tenho que segurar a minha barra e a barra dela. (José Carlos).

No caso de Daniel, Carolina, sua namorada, vê como algo positivo sua permanência na instituição: “É bom para o lado da mãe porque você vê que está tendo um apoio, não só da família, mas do pai também” (Carolina), confluindo numa percepção que é também compartilhada pelos profissionais:

Quando eles estão presentes, eles vêm todos os horários e dão força para as mães pra tirarem o leite. Eu percebo também outra coisa: quando eles estão aqui, elas têm um compromisso maior em tirar o leite. Parece que eles cobram mais. E também parece que elas se sentem amparadas com o pai presente. (T-UTI).

Observamos que a expectativa em relação a esses pais como mediadores avança para o período após alta dos filhos. Nos grupos focais que tiveram a Metodologia de Análise de Redes no Cotidiano (MARES) como instrumento metodológico, surgiu recorrentemente, de forma incisiva, que os pais, assim como as mães, eram responsáveis pela construção das soluções para o cuidado com o filho de risco após a alta para o domicílio.

Por fim, não podemos deixar de ressaltar que a contribuição desses pais como integrantes de uma rede que corrobora a permanência de outros pais, assim como a Doula Comunitária e o Plantonista Social, conforme discutido anteriormente, na análise da dimensão das políticas e organização dos serviços de saúde.

Essa ação ficou evidente na trajetória de José Carlos, que durante um período da sua permanência na instituição auxiliou dois pais do interior que optaram por acompanhar seus filhos. Nas anotações da observação participante, verificamos ações de solidariedade e reciprocidade quando José Carlos articulou com esses dois pais sua permanência no hospital. Na prática, essa articulação se deu pela negociação dos espaços institucionais (como o banheiro masculino, refeitório), assim como por meio de explicações sobre a reunião de acompanhantes, horários de visita e rotinas na neonatologia.

A análise dos percursos desses três pais nos permitiu identificar relações intersubjetivas que atravessaram os três planos de reconhecimento descritos por Honneth (2003): seja pela afetividade na sua relação com o filho; seja pelo direito de ter notícias e negociar o cuidado com os profissionais por meio de relações de autorrespeito; seja pelas relações de autoestima com os profissionais, voluntários e familiares que reafirmam sua importância no cuidado.

Assim, aportamos na assertiva de Moreira (2007) para defender que a efetivação da integralidade traz implicações diretas na afirmação do exercício da paternidade como um direito que nos impõe o desafio de

reivindicar a importância da dimensão relacional, do caráter mobilizador que implica o encontro com um profissional numa situação de cuidado, significa abrir-se às perspectivas, à possibilidade de compreender que existe um processo de cuidado, que não deve fixar-se em identidades. A inclusão pode vir a ser resultado de um conjunto de práticas pautadas em solidariedade, na contingência e na responsabilização com o reconhecimento de que o

outro é parte integrante de uma rede onde as posições deveriam pautar-se no diálogo e na negociação (MOREIRA, 2007, p. 315).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste último capítulo, faremos algumas considerações que acreditamos pertinentes e que sintetizam as principais contribuições e desafios identificados na realização deste estudo, que, a partir de ferramentas teóricas e metodológicas do campo das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva, buscou identificar, problematizar e analisar o itinerário da paternidade e suas implicações para a integralidade da assistência ao recém-nascido e sua família.

É importante destacar que o estudo foi conduzido numa instituição onde os membros da comunidade local estão presentes desde a sua gênese e construção física, refletindo um contexto institucional particular em que observamos compartilhamento “dos horizontes” e responsabilidades entre gestores, profissionais e usuários, relacionado às formas que desejamos viver neste mundo que, na saúde, se dá pelo respeito à dignidade humana e à garantia do direito à saúde.

Dessa forma, o desafio de realizar um construto teórico-metodológico inovador capaz de privilegiar este contexto, dando relevo aos sujeitos inseridos em suas redes sociais, impuseram a articulação de referenciais teóricos, tais como integralidade, redes sociais e reconhecimento, numa perspectiva fenomenológica da práxis no cotidiano dos serviços de saúde.

A construção da ferramenta analítica do itinerário da paternidade, que ao mesmo tempo constituiu-se também num instrumento metodológico que delineou nossa coleta de dados, deu visibilidade à construção social do percurso desses pais a partir das relações intersubjetivas estabelecidas com os sujeitos nas redes sociais, nas quais identificamos os mediadores colaboradores como sujeitos fundamentais para o exercício da paternidade em situações de internação de um filho de risco. Presentes nas diversas redes sociais (MATINS; FONTES, 2004) e comprometidos com a integralidade da assistência ao recém-nascido de risco, eles surgiram na mediação da inclusão dos pais, identificados, nesta pesquisa, ora como voluntários e familiares, ora profissionais, e inclusive como o próprio pai. Esse resultado reforça a perspectiva defendida por Martins (2008a) e Pinheiro e Martins (2009), de que é possível superar a idéia egoísta do usuário como um mero consumidor de serviço

para integrar uma visão solidária que define a presença desses usuários em redes de reciprocidade na esfera pública na saúde.

Identificamos que a análise das dimensões das políticas e organização dos serviços de saúde e dos saberes e práticas dos profissionais a partir do itinerário da paternidade nos possibilitou uma compreensão “alargada” da complexidade institucional e da diversidade motivacional da ação dos sujeitos em saúde que, por outro lado, também gerou dificuldades na distinção dessas dimensões, impostas pelo desafio de estudar a ação dos sujeitos sociais que transversaliza essas dimensões no seu agir com os outros na esfera pública dos serviços de saúde. Dessa forma, observamos que dispositivos políticos, como a lei do acompanhante, foram articulados a dispositivos construídos socialmente, tais como a garantia de acesso e permanência dos pais, efetivada pelas redes sociais presentes que reafirmam o valor da presença do pai nos espaços assistenciais.

Paradoxalmente, observamos um movimento no qual a organização do serviço e as práticas dos profissionais, ao mesmo tempo em que intitulam e qualificam o pai como visitante, criam mecanismos e formas de reconhecimento, transformados pela presença e agir destes pais e pelas relações intersubjetivas de reconhecimento construídas com seu filho, companheira e redes sociais presentes no âmbito institucional e comunitário. Assim, tanto as rotinas institucionais como os saberes e práticas dos trabalhadores são modificados pelos saberes dos pais, de forma que demandam uma reorganização contínua do cuidado.

A participação paterna no cuidado com os filhos permitiu construir o reconhecimento da paternidade nos três planos descritos por Honneth (2003). Este processo se fez pela convivência cotidiana da unidade de forma afetiva com seus filhos, na relação de confiança estabelecida com os profissionais e de solidariedade com os familiares, membros da equipe e voluntários. Entretanto, não ocorreu de forma linear e foi atravessado por inflexões determinadas, muitas vezes pela existência de uma hipervalorização das tecnologias de alta complexidade presentes na neonatologia, assim como do que chamamos de uma “hegemonia cultural do papel da mãe no cuidado e responsabilidade com o filho”, por parte dos profissionais.

A construção do itinerário da paternidade nos permitiu dar visibilidade à questão “relacional” que envolve o agir dos pais nos serviços de saúde, superando

as abordagens hegemônicas “identitárias” que valorizam os “papéis” representados pelos sujeitos no contexto sociocultural em detrimento das ações.

Se por um lado, desvelar esse contexto se constituiu na identificação da potência das relações estabelecidas neste compartilhamento de horizontes, no qual a instituição se configurou como uma dentre outras redes sociais presentes nessa comunidade, por outro, como pesquisadora, foi necessário um exercício de vigilância contínua para manter o afastamento, já que, como profissional do serviço, estava inserida nas tramas dessa rede, até então, invisíveis inclusive para mim.

A articulação entre teorias de reconhecimento, redes sociais e integralidade alarga e legitima as discussões que têm sido realizadas sobre este princípio na construção do direito e cidadania dos usuários nos serviços de saúde.

Por fim, propomos o itinerário da paternidade como uma ferramenta para práticas avaliativas amistosas à integralidade nesse contexto específico, que possibilita a revalorização da experiência e das relações entre os sujeitos, e que tem, no agir em saúde, o catalisador para as transformações do cuidado como exercício de cidadania.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: _____. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-136.
- ALMEIDA, S.B. *A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de volta redonda*. 128p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- ALVES, D.S. Integralidade nas políticas públicas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 167-174.
- ANDERSON, A.M. The father-infant relationship: becoming connected. *JSPN*, v. 1, n. 2, p. 83-92, 1996.
- ANDRADE, G.R.B. de; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2004.
- ARENDT, H. *A condição humana*. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- ARENDT, H. *Compreender: formação, exílio e totalitarismo (ensaios) 1930- 54*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.
- AROCKIASAMY, V.; HOLSTI, L.; ALBERSHEIM, S. Fathers experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*, v. 121, n. 2, p. 215-222, 2008.
- BELLATO, R.; ARAUJO, L.F.S. de; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. da; MATTOS, R.A. de (Orgs.) *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 167-188.
- BONALDI, C.; GOMES, R. da S.; LOUZANA, A.P.F.; PINHEIRO, R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 53-74.
- BONET, O.; TAVARES, F.R.G. O usuário como mediador: em busca de uma perspectiva “ecológica” sobre os condicionantes sociais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 191-212.
- BONET, O.; TAVARES, F.; CAMPOS, E.M.S.; TEIXEIRA, T.B.; RODRIGUES, M.G. Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 241-250.

BRAGA, N. de A. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados de saúde. In: DESLANDES, S.F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 163-184.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do Adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 25 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 20p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/Leis/2008/lei11770.htm>> Acesso em: 14 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 20 maio 2009.

BROWN, P. et al. A comparison of fathers of high-risk newborns and fathers of healthy newborns. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 6, n. 4, p. 269-273, 1991.

BUSTAMANTE, V. Ser pai no subúrbio ferroviário de Salvador: um estudo de caso com homens de camadas populares. *Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 3, 2005, p. 393-402.

BUSTAMANTE, V.; TRAD, L.A.B. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Cad. Saúde Pública*. v.21, n.6, p. 1865-1874, 2005.

BUSTAMANTE, V.; TRAD, L.A.B. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.32, n.5, p. 1175-1184, 2007.

CAILLE, A. *Antropologia do dom: o terceiro paradigma*. Petrópolis: Vozes, 2002.

CAILLÉ, A. A sociedade mundial no horizonte. In: MARTINS, P.H.; NUNES, B. F. (Orgs.) *A nova ordem social: perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 17-41.

CAILLÉ, A. Reconhecimento e sociologia. *RBCS*, v. 23, n. 66, p. 151-210, 2008.

- CALDERANO, M. da A. *Notas sobre a fenomenologia social de Schutz: considerações acerca de alguns pressupostos filosóficos*. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/eso/revista7.social.html>>. Acesso em: 11 maio 2009.
- CARVALHO, L.M.L. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais de motivações dos casais. *Cad. Saúde Pública*, v. 19 (Sup. 2), p. 389-398, 2003.
- CECCIM, R. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 259-278.
- CECÍLIO, L.C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3 ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2001. p. 113-126.
- CECÍLIO, L.C.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 199-212.
- CERTEAU, M. de. *A invenção do cotidiano: 1. artes de fazer*. 13 ed. Petropolis: Vozes, 2007.
- CREPALDI, M.A.; ANDREANI, G.; HAMMES, P.S.; RISTOF, C.L.; ABREU, S.R. de. A participação do pai nos cuidados da criança, segundo a concepção de mães. *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 3, p. 597-587, 2006.
- CORRÊA, A.C. de P. *Paternidade na adolescência: vivência e significados no olhar de homens que a experimentaram*. 2005. 130f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- DENNEY, K.; LOHAN, M; PARKERS, J., SPENCE, D. Experiences of father of babies in intensive care. *Paediatric Nursing*, v. 21, n. 1, p. 45-47, 2009.
- DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.16, n. 3, 2000. p. 221-231.
- DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, 2006.
- DITZ, E.S. *A mãe no cuidado do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. 2009. 139f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- DUARTE, E.D. *O cuidado do recém-nascido na perspectiva da integralidade: saberes e práticas no cotidiano da unidade de terapia intensiva neonatal*. 2007. Tese

(Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

DURHAM, E. *Família e reprodução humana: perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

FARIA, C.A.P. de. Entre marido e mulher: o estado mete a colher: reconfigurando a divisão do trabalho domestico na Suécia. *RBCS*, v. 17. n. 48, p. 173-231, 2002..

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S., MERHY, E.E. Acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FREITAS, W. de M.F.; COELHO, E. de A.C.; DA SILVA, A.T.M.C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 1, p. 137-145, jan.2007.

GAIVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 58, n. 4, p. 444-448, 2005.

GERHARDT, T.E.; RIQUINHO, D.L.; ROTOLI, A. Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade nas ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 143-176.

GOMES, R. S.; SILVA, F.H. da; PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B. de. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 19-36.

GOMES, R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p.105-116.

HECKERT, A.L.C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 199-212.

HELMAN, L.V. ; MARTINEZ, A.; HEALTH, A. La presencia de la familia en la alta complejidad neonatal: ingreso de familiares a una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, n. 3, p. 107-112, 1996.

HONNETH. *A luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: 34. 2003.

HONORATO, C.E.M.; PINHEIRO, R. "Trabalho político": construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em*

equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 85-110.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. *6º Planejamento do Hospital Sofia Feldman (2008-2011): a sustentabilidade do Hospital Sofia Feldman no SUS*. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman, 2008a. 86p.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. *Guia de Práticas Clínicas - Neonatologia*. 2008b. (mimeo). 150p.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. *Indicadores Assistências e Perinatais*. Belo Horizonte, 2008c. (mimeo) 8p.

HORTA, J.C.A. *A doula comunitária: uma experiência reinventada*. 2008. Dissertação. 161 p. (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

JACKSON, K.; TERNESTEDT, B.M.; SCHOLLIN, J. From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, v. 43, n. 2, p. 120-129, 2003.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescencia Latinoamericana*. v. 2, n. 2, p. 67-79, 2001.

LACERDA, A.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Espaços públicos e saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.B. C. *Polifonia do dom*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2006. p. 311- 332.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 91-102.

_____. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 279-292.

LAMB, M.E. (Org.). *Fatherhood and family policy*. London: Lawrence Erlbaum Associates, 1983.

LAMY, Z.C. *Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva*. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 1995.

LAMY, Z.C. *Unidade Neonatal: um espaço de conflitos e negociações*. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2000.

LATOURETTE, B. *Changer de société*. Refaire de la sociologie. Paris: La Découverte, 2006.

- LATVA, R.; LEHTONEN, L.; SALMELIN, R.K.; TAMMINEN, T. Visits by the family to the neonatal intensive care unit. *Acta Paediatrica*. v. 96, p. 215-220, 2007.
- LEVANDOWSKI, D.C. Paternidade na adolescência: uma breve revisão da literatura internacional. *Estudos de Psicologia*, v. 6, n.2, p.195-209, 2001.
- LEWIS, C.; DESSEN, M.A. O pai no contexto familiar. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 15, p. 9-16, 1999.
- LOPES, A. F. C.; WALTY, C. M. R. F.; DUARTE, E. D.; DITZ, E. S.; LOPES, T. C. *Desenvolvimento de metodologias centradas no usuário como subsídio para repensar práticas de avaliação de integralidade e os determinantes sociais: cenário Hospital Sofia Feldman*. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman, 2009. 61 p. Relatório.
- LOPES, T.C. *Programa de Internação Domiciliar Neonatal: espaço para a construção da autonomia no cuidado materno com a criança*. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
- LOPES, T.C.; HENRIQUES, R.L.M.; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 29-40.
- LUZ, M.T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 17- 38.
- LYRA, J.L.C. *Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção*. 1997. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.
- LUNDQVIST, P.; JAKOBSSON, L. Men's experience of becoming fathers to their parents infant. *Neonatal Network*, n. 22, p. 25-31, 2003.
- LUNDQVIST, P.; WESTAS, L.H.; HALLSTRÖM, I. From distance toward proximity: fathers lived experience of caring their preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 22, n. 6, p. 490-497, 2007.
- MADEIRA, L.M.; DUARTE, E.D. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; de MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 65-80.
- MADEIRA, L.M.; LOPES, A.F.C.; DUARTE, E.D.; DITZ, E.da S.; LOPES, T.C. Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 185-198.

MARTINS, J. de S. *A sociabilidade do homem simples: cotidiano e História na modernidade anômala*. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2008.

MARTINS, P.H. As redes sociais, o sistema de dádiva e o paradoxo sociológico. In: FONTES, B.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária UFPE. 2004. p. 21-48.

MARTINS, P.H. Ação pública, redes e arranjos familiares. In: FONTES, B.; MARTINS, P.H. *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Pernambuco: Editora Universitária UFPE, 2006a. p. 19-50.

MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e ações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008a. p.115-142.

MARTINS, P.H. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): Aspectos conceituais e operacionais In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.) *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009a. p. 61-94.

MARTINS, P.H. Fundamentos da cidadania na saúde na perspectiva do reconhecimento: caminhos da pesquisa. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.) *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009b. p. 131-138.

MARTINS, P.H. *Redes sociales: un nuevo paradigma en el horizonte sociológico*. 2009c. 23p. no prelo.

MARTINS, P.H.; FONTES, B. Construindo o conceito de vigilância em saúde. In: _____. (Orgs.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2004. p. 103-120.

MARTINS, P.H. A sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação. In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.B.C. *Polifonia do dom*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2006b. p. 89- 116.

MARTINS, P.H. *Sociologia e fenomenologia: fronteiras do objetivo e subjetivo*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 4p. 2006c. (ementa do curso).

MATTOS, P. *A sociologia política do reconhecimento: as contribuições de Charles Taylor, Alex Honneth e Nancy Fraser*. São Paulo: Annablume, 2006.

MATTOS, R.A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3 ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2001.p. 39-64.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007a. p. 47-60.

MATTOS, R.A. de. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007b. p. 369-384.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003

MAZZIERI, S.P.M.; HOGA, L.A.K. Participação do pai no nascimento e parto: revisão da literatura. *Rev. Min. Enf.*, v. 10, n. 2, p. 199-170, 2006.

MCGRATH, J.M. Family-centered development care begins before birth: little things can make a big difference. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 2006. p. 195-196.

MEDRADO, B. Homens na arena do cuidado infantil: imagens veiculadas pela mídia. In: ARILHA, M.; UNBEHAUM, S.G.; MEDRADO, B. (Orgs.). *Homens e masculinidade: outras palavras*. São Paulo: Ecos, 1998. p.145-162.

MENDONÇA, R.F. Reconhecimento em debate: os modelos de Honneth e Fraser em sua relação com o legado habermasiano. *Rev. Sociol. Polít.*, n. 29, p. 169-185, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. Rede Viva. Portal de Informações. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-viva-vida>. Acesso em: 28 jul. 2009.

MOREIRA, M.C.N. Dádiva e rede na saúde: círculos de força e construção de estratégias de cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 301-316.

MOREIRA, J.O. de; ROMAGNOLI, R.C. Reinventando a maternidade no Programa Mãe Canguru: o encontro com as redes sociais e a singularidade da maternagem. *Mnemosine*, v. 4, n. 2, p. 220-229, 2008.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 113-160.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OIBERMAN, A. La relación padre-bebe: na revisión bibliográfica. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda*, v. 13, n. 2, p. 66-72, 1994.

OLIVEIRA, B.R.G. de; LOPES, T.A.; VIERA, C.S; COLLET, N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. *Texto Contexto Enferm.*, n.15 (esp.), p. 105-113, 2006.

ORTEGA, F.J.G. *Para uma política da amizade: Arendt, Derrida, Foucault*. 2 ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

PINHEIRO, R. 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. de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R. Cuidado como 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. de (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007a. p. 15-28.

_____. *Estudo multicêntrico sobre trajetórias assistenciais de usuárias de unidades públicas de perinatologia*. Projeto de Pesquisa, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007b.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; SILVA JUNIOR, A. G. da. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B.; ARAÚJO, J.G.C. de (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 9-36.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. Apresentação: avaliação na perspectiva do usuário: outros olhares possíveis. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 9-12.

PINHEIRO, R, GUIZARDI, FL. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R., MATTOS, RA. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2004.p.21-36.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

_____. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007a.

_____. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

_____. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

_____. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007b.

_____. *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

POKLADÉK, D.D. Apresentação. In: _____. (Org.). *A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos na área da saúde, educacional e organizacional*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 13-15.

POHLMAN, S. The primacy of work and fathering preterm infants: findings from an interpretive phenomenological study. *Advances in neonatal care*, v. 5, n. 4, 2005. p. 204-216

RIMMERMAN, A.; SHERAN, H. The transition of Israeli men to fatherhood: a comparison between new fathers of pre-term/full-term infants. *Child and Family Social Work*, n. 6, p.261-267, 2001.

RAMIRES, V.R. *O exercício da paternidade hoje*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. (Coleção Gênero).

RODRIGUES, M.M.; TRINDADE, Z.A. Em nome do pai e do filho: relações afetivas e instrumentais. In: MANEANDRO, Z.A.; TRINDADE, E.B. (Orgs.). *Pesquisa em psicologia: recriando métodos*. Vitória: Universidade Federal de Vitória, 1999. p. 125-138.

SILVA JUNIOR, A. G. da. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004.

SILVA JUNIOR, A.G. da; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C de. Refletindo sobre o ato de cuidar em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 115-130.

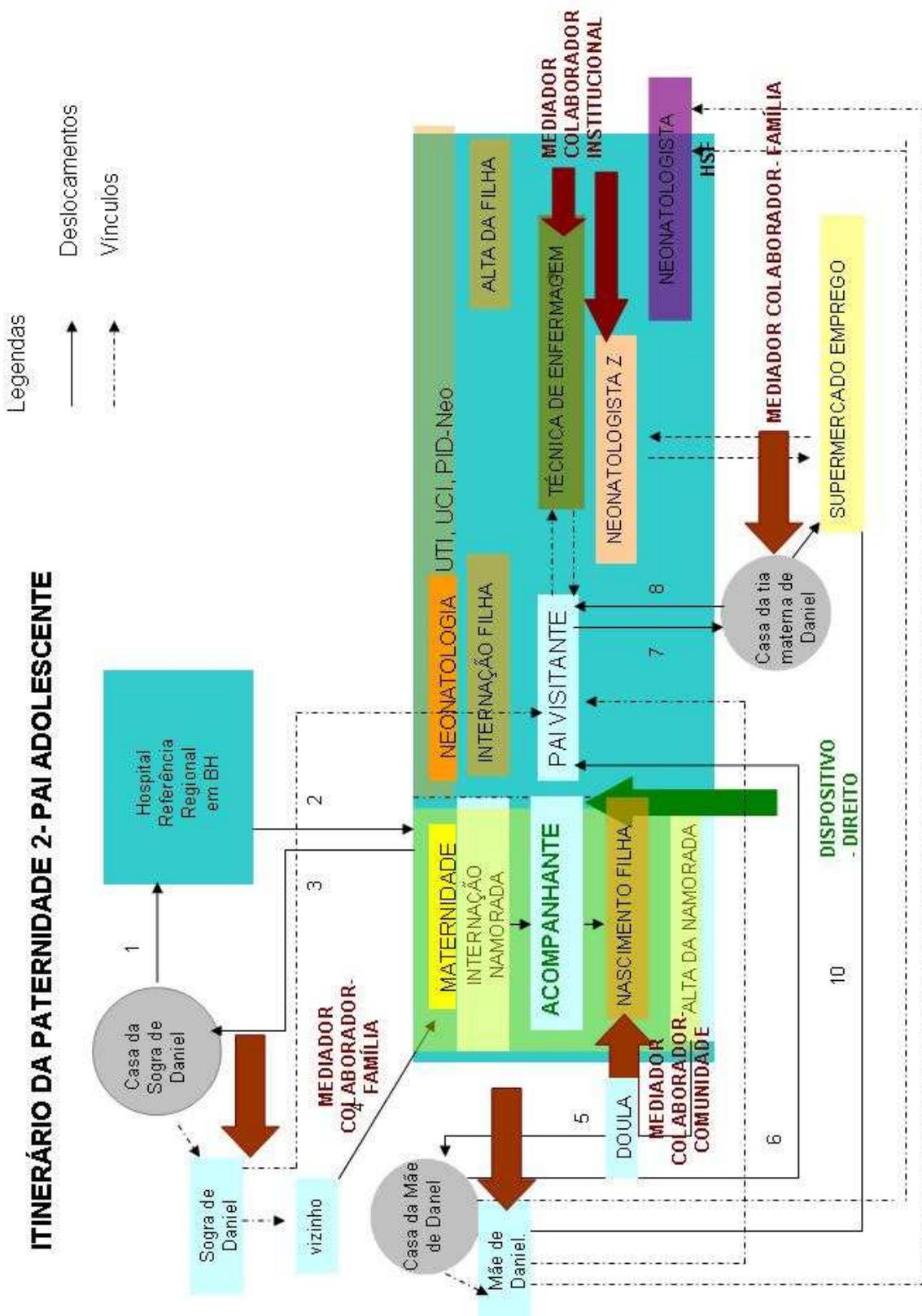
SCHMIDT, M.L.S.; TONIETTE, M.A. A relação pesquisador-pesquisado: algumas reflexões sobre a ética na pesquisa e a pesquisa na ética. In: GUERRIERO, I.C.Z.; SCHMIDT, M.L.S.; ZICKER, F. (Orgs.). *Ética na pesquisa em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 102-108.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 10, v. 1, p.7-17, 2005.

SCOCHI, C.G.S. *A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem*. 2000. 245 f. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

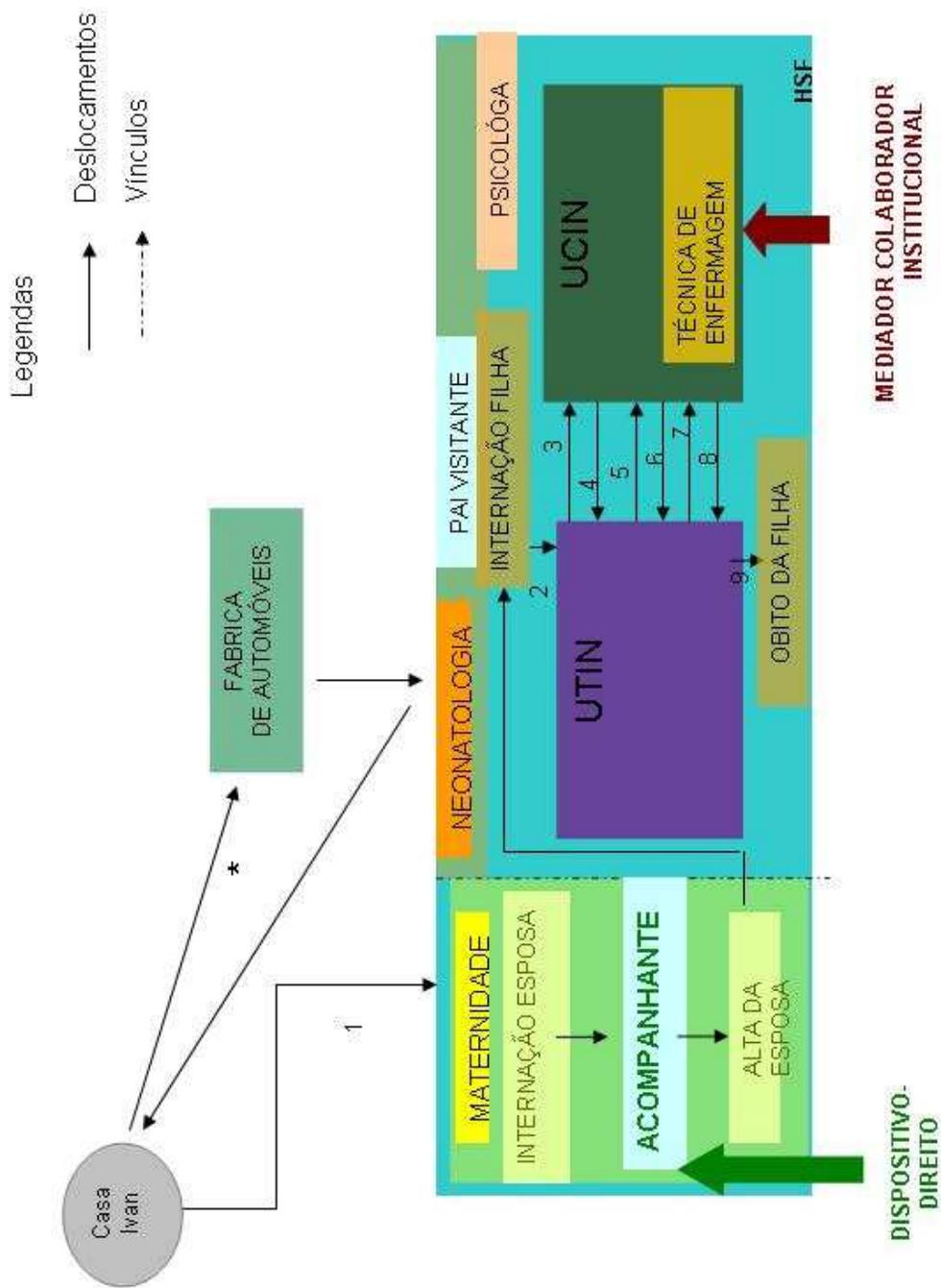
- SCHUTZ, A. Relações interativas. In: WAGNER, H. (Org.). *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979, p. 159-195.
- STRATHERN, M. Necessidades de pais, necessidades de mães. *Revista de Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 303-331, 1995.
- TRAD, L.A.B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. In: DESLANDES, S.F. (Org.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 185- 204.
- TARNOWSKI, K. da S.; PROSPERO, E.N.S.; ELSESEN, I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. *Texto & Contexto Enferm.*, v. 14, p. 102-108, 2005.
- TRINDADE, Z.A. *As representações sociais da paternidade e da maternidade: implicações no processo de aconselhamento genético*. 1991. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.
- TRONCHIN, D.M.R. *A experiência de tornarem-se pais de recém-nascido prematuro*. 2003. 225f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- TRONCHIN, D.M.R.; TSUNECHIRO, M.A. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 58, n. 1, p. 49-54, 2005.
- TRONCHIN, D.; TSUNECHIRO, M.A. Cuidar e conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. *Revista Latino-am Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 93-101, 2006.
- UNBEHAUM, S.G. *Experiência masculina da paternidade nos anos 1990: estudo das relações de gênero com homens de camadas médias*. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- UNBEHAUM, S.G. A desigualdade de gênero nas relações parentais: o exemplo da custódia dos filhos. In: ARILHA, M.; UNBEHAUM, S.G.; MEDRADO, B. (Orgs.). *Homens e masculinidade: outras palavras*. São Paulo: Ecos, 1998. p.163-184.
- VALLA, V.V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crises. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.
- WAGNER, A.; PREDEBON, J.; MOSMANN, C.; VERZA, F. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psico.: Teor e Pesq.*, v. 21, n. 5, p. 181-186, 2005.
- ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 63-78.

APÊNDICE B



APÊNDICE C

ITINERÁRIO DA PATERNIDADE 3- PAI DE RN COM SÍNDROME NÃO ESPECÍFICA*



*Pelo momento de inclusão deste pai, optei por realizar o seu percurso de acordo com o da sua filha, assim fica apenas ilustrado o seu deslocamento para a casa, trabalho, hospital...

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMOS DE CONSENTIMENTO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde)

Belo Horizonte, __ de _____ de 2008

Prezado(a) Sr(a)

Eu, Tatiana Coelho Lopes, Fisioterapeuta e Doutoranda do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e difusão científica intitulada “*A alteridade com o usuário no trabalho em equipe: uma proposta de estudo sobre a paternidade na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman*”. Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual venho convidá-lo(a) a participar desta pesquisa como informante. Esta pesquisa tem como objetivo geral :

- Compreender o entendimento dos sujeitos no cuidado com o recém-nascido atribuem a paternidade no cotidiano da assistência neonatal e as suas implicações para o trabalho em equipe no Hospital Sofia Feldman

Para realizar a coleta de dados, foi realizada uma observação da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e as conversas informais entre você, os usuários e a pesquisadora. O conteúdo destas conversas foi anotado e/ou gravado. Posteriormente será registrado de forma escrita pela pesquisadora, sendo garantidos ao (à) participante o anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente antes, durante e depois da realização da pesquisa. Será garantido o seu acesso, em qualquer etapa do estudo, à pesquisadora responsável ou, caso queira maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, nos endereços eletrônicos e telefones listados ao final desta folha. Em qualquer momento poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum no seu local de trabalho.

Agradecendo sua colaboração, solicito ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Tatiana Coelho Lopes
Pesquisadora responsável

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
HOSPITAL SOFIA FELDMAN
Rua Antonio Bandeira, 1060. Tupi
Tel: (31) 3408-2249
Email: lep@sofiafeldman.org.br

PESQUISADORA RESPONSÁVEL –
Tatiana Coelho Lopes
Rua Dulce Maria, 10/403. B. Ipiranga. BH
Te: (31) 3426-0304
Email: tatianacoelhopes@yahoo.com.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (via pesquisador)

Declaro ter recebido de Tatiana Coelho Lopes, aluna do Programa de Doutorado do Instituto de Medicina Social da UERJ, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Estou ciente de que não serei exposto(a) a riscos devido a minha participação nessa pesquisa e que a qualquer momento poderei interromper a minha participação sem nenhum prejuízo para minha pessoa como trabalhador desta Instituição. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação.

Minhas dúvidas foram suficientemente esclarecidas e concordo em participar voluntariamente das atividades da pesquisa. Aceito ter a minha fala gravada durante as conversas com os usuários e pesquisadora, bem como sua utilização na pesquisa.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Belo Horizonte, _____, _____ de 2008.

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuários)

Belo Horizonte, __ de _____ de 2008

Prezado(a) Sr(a):

Eu, Tatiana Coelho Lopes, Fisioterapeuta e aluna de doutorado do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre as implicações do pai no cuidado com seu filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual venho convidá-lo(a) a participar como informante de forma voluntária.

O objetivo geral dessa pesquisa é entender o que as pessoas compreendem sobre o papel do pai no cuidado com seu filho no dia-a-dia da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e como isso influencia no trabalho da equipe.

Para colher os dados da pesquisa, foi realizada a observação da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e registrado de forma escrita ou gravada as conversas informais que você teve com os profissionais, os outros pais e a pesquisadora. Se você autorizar o uso das suas conversas, o conteúdo será registrado de forma escrita, sendo garantidos a você que seu nome não será revelado a ninguém, assim como sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente antes, durante e depois da realização da pesquisa. Em qualquer fase dessa pesquisa, você pode pedir a pesquisadora responsável para ver o material do qual você colaborou, ou, caso queira maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, nos endereços eletrônicos e telefones listados ao final desta folha. Em qualquer momento poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum para a assistência ao seu filho ou a sua família.

Agradecendo sua colaboração, solicito ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Tatiana Coelho Lopes
Pesquisadora responsável

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
HOSPITAL SOFIA FELDMAN
Rua Antonio Bandeira, 1060. Tupi
Tel: (31) 3408-2249
Email: lep@sofiafeldman.org.br

PESQUISADORA RESPONSÁVEL –
Tatiana Coelho Lopes
Rua Dulce Maria, 10/403. B. Ipiranga. BH
Te: (31) 3426-0304

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (via pesquisador)

Declaro ter recebido de Tatiana Coelho Lopes, aluna do Programa de Doutorado do Instituto de Medicina Social da UERJ, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em segredo.

Estou ciente de que não serei exposto(a) a riscos devido a minha participação nesta pesquisa e que a qualquer momento poderei interromper minha participação sem nenhum prejuízo para minha pessoa como usuário deste serviço, assim como meus familiares. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação.

Minhas dúvidas foram suficientemente esclarecidas e concordo em participar voluntariamente das atividades da pesquisa. Aceito ter minha fala gravada durante as conversas com os usuários e pesquisadora, bem como sua utilização na pesquisa.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Belo Horizonte, _____, _____ de 2008.

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador

ANEXO B



Belo Horizonte, 09 de junho de 2008.

À Fisioterapeuta
Tatiana Coelho Lopes

Estimada Colega,

Atendendo à sua solicitação de autorização para implementar o projeto de pesquisa: "O EXERCÍCIO DA PATERNIDADE E A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: IMPLICAÇÃO DO RECONHECIMENTO DO PAI NO COTIDIANO DO TRABALHO EM EQUIPE" nesta Instituição, comunico-lhe que não há nenhum impedimento para tal, desde que, no momento oportuno o projeto seja submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman.

Atenciosamente,

Dr^a. Lélia Maria Madeira

Coord da Linha de Ensino e Pesquisa/HSF

Dr^a. Lélia M^a Madeira
COREM-MG 14197
Coord. Linha de Ensino e Pesquisa
HOSPITAL SOFIA FELDMAN