



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Dittz Duarte, Elysângela; de Sena, Roseni Rosangela; da Silva Dittz, Erika; Silva Tavares, Tatiana;
Coelho Lopes, Ana Flávia; Morais Silva, Paloma
A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da
integralidade
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 21, núm. 4, outubro-diciembre, 2012, pp. 870-878
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425249018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A FAMÍLIA NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO HOSPITALIZADO: POSSIBILIDADES E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE

Elysângela Dittz Duarte¹, Roseni Rosangela de Sena², Erika da Silva Dittz³, Tatiana Silva Tavares⁴, Ana Flávia Coelho Lopes⁵, Paloma Moraes Silva⁶

¹ Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Minas Gerais, Brasil. E-mail: elysangeladittz@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Emérita da Escola de Enfermagem da UFMG. Minas Gerais, Brasil. E-mail: rosenisena@uol.com.br

³ Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Integrante da Linha de Cuidado Perinatal e da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman. Minas Gerais, Brasil. E-mail: erikadittz@gmail.com

⁴ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil. E-mail: tatisilvatavares@yahoo.com.br

⁵ Especialista em Terapia Sistêmica de Família. Assistente Social do Hospital Sofia Feldman. Minas Gerais, Brasil. E-mail: anaflaviacoelho@lapes@gmail.com

⁶ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Minas Gerais, Brasil. E-mail: palomamoraes@ymail.com

RESUMO: Estudo de abordagem qualitativa que teve como objetivo analisar a participação da família no cuidado ao recém-nascido no cotidiano da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Foi realizado em cinco hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. Teve como sujeitos os profissionais de saúde que assistem o recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e os familiares desses recém-nascidos. Os dados foram coletados por observação participante e conversas do cotidiano e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo. Os dados permitiram captar aspectos da participação da família no cuidado ao recém-nascido relacionados à organização institucional, à interação com os profissionais e à realização do cuidado. Identificou-se, nos cenários, a existência de diferentes ações que favorecem a participação da mãe no cuidado do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Contudo, verificou-se que essas ações não estão incorporadas ao cotidiano institucional e ao fazer dos profissionais de saúde.

DESCRIPTORES: Família. Recém-nascido. Unidades de Terapia Intensiva neonatal. Relações profissional-família. Assistência integral à saúde.

THE ROLE OF THE FAMILY IN CARE DELIVERY TO HOSPITALIZED NEWBORNS: POSSIBILITIES AND CHALLENGES TOWARDS COMPREHENSIVE CARE

ABSTRACT: The aim of this qualitative study was to analyze family participation in care delivery to newborns in daily practice at a Neonatal Intensive Care Unit. The study was carried out at five hospitals in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. The study subjects were healthcare professionals taking care of newborns hospitalized at the Neonatal Intensive Care Unit and the relatives of these infants. Data were collected through participant observation and daily conversations and analyzed using Content Analysis. The data permitted capturing aspects of family participation in newborn care related to institutional organization, interaction with healthcare professionals and the care process. Different actions favoring mothers' participation in care delivery to their children were identified at the Neonatal Intensive Care Unit. Nevertheless, the study showed that these actions have not been incorporated into the daily activities at the institution, nor into healthcare professionals' practice.

DESCRIPTORS: Família. Recién nacido. Unidades de Terapia Intensiva neonatal. Relaciones profesional-familia. Atención integral de salud.

LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO HOSPITALIZADO: POSIBILIDADES Y RETOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA INTEGRALIDAD

RESUMEN: Estudio de enfoque cualitativo que tuvo por objetivo analizar la participación de la familia en el cuidado del recién nacido en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. El estudio se llevó a cabo en cinco hospitales de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Tuvo como sujetos los profesionales sanitarios en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal y los familiares del recién nacido. Los datos se recolectaron por observación participante y conversaciones del cotidiano y fueron analizados a través de la técnica de Análisis de Contenido. Los datos permitieron captar aspectos de la participación de la familia relacionados con la organización institucional, la interacción con los profesionales y la realización del cuidado. Se identificó la existencia de diferentes acciones que favorecen la participación de la madre en el cuidado del hijo en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, aún así, estas no están incorporadas en el cotidiano institucional y en el quehacer de los profesionales sanitarios.

DESCRIPTORES: Família. Recién nacido. Unidades de Terapia Intensiva neonatal. Relaciones profesional-familia. Atención integral de salud.

INTRODUÇÃO

A participação dos pais no cuidado ao recém-nascido tem sofrido as repercussões das transformações da assistência ao neonato. Em meados do século XX, novas formas de cuidados foram desenvolvidas em resposta aos questionamentos e estudos abordando os prejuízos da separação do binômio mãe-filho para o desenvolvimento do neonato e das relações familiares. Apesar disso, o cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) revela-se mecânico e impessoal, centrado em técnicas e procedimentos considerados capazes de garantir a sobrevivência do prematuro.¹

A forma de cuidado predominante na UTIN é importante para a melhora dos indicadores de morbimortalidade neonatal, entretanto, reconhece-se que essa lógica de cuidado não se mostra suficiente para assegurar o atendimento às necessidades de saúde do recém-nascido, nas quais se incluem as relacionadas aos aspectos emocionais e sociais. Para garantir resultados mais eficientes no processo de cura ou de controle das morbimortalidades devem ser utilizadas práticas de saúde que contemplem as singularidades do indivíduo, da família e da comunidade na condução terapêutica, por meio do compartilhamento de saberes.²

Pensar o cuidado ao recém-nascido considerando essa perspectiva direciona para a noção de integralidade como um princípio norteador das políticas e das práticas em saúde. A integralidade revela sentidos que não se resumem em um conceito único, sendo a expressão de diferentes aspirações e valores. Independente do sentido atribuído, a integralidade “[...] implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”.^{3:61}

A construção da integralidade da assistência pode ser reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e tem, em suas concepções, a idéia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades.⁴ Assim, oferecer uma assistência na UTIN que contemple os significados e sentidos da integralidade implica em considerar a participação da família no contexto do cuidado ao recém-nascido.

Neste estudo, é utilizada a definição de família como sendo sistemas de pertencimento que valorizam o vínculo afetivo entre as pessoas ligadas por laços de consanguinidade, vizinhança ou amizade pautadas por conceitos de reciprocidade, solidariedade, confiança e dádiva.⁵ A perspectiva de participação da família que adotamos não se

restringe à execução de cuidados com o recém-nascido, mas a sua participação nas definições do cuidado a ser realizado, com suporte da equipe, para aumentar sua capacidade de cuidar de seu filho e sua oportunidade de discutir com a equipe.⁶

A presença dos pais na UTIN é um direito⁷ e sua participação no cuidado do filho hospitalizado contribui para o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, para a redução do estresse na família causado pela hospitalização e para seu preparo para o cuidado do filho no domicílio.⁸⁻⁹

Um estudo realizado com pais de bebês internados na UTIN evidencia as contradições em relação às oportunidades de participação no cuidado do filho. Se, por um lado, os profissionais de saúde expressaram interesse em desenvolver uma assistência ideal, promovendo a participação dos pais, por outro, o cuidado ao recém-nascido na UTIN mostrou-se centrado nas rotinas e nos procedimentos técnicos.¹⁰

Diante dessas considerações, tem-se o desafio de procurar um entremeio no que se refere à produção do cuidado ao recém-nascido internado na UTIN que possibilite aliar a tecnologia de saberes, procedimentos e equipamentos ao acolhimento e respeito às individualidades do recém-nascido e de sua família.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar, a partir do cotidiano na UTIN, a participação da família no cuidado ao recém-nascido.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa, orientada pelo referencial teórico-metodológico da dialética. Foram escolhidos, como cenários, hospitais do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, que atenderam aos critérios de inclusão: possuir maternidade e UTIN, além de equipe multiprofissional atuando na unidade. Foram identificadas, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 13 instituições, das quais 11 foram selecionadas considerando-se os critérios estabelecidos. Essas instituições foram ordenadas em ordem decrescente quanto ao número de leitos e escolhidas considerando-se a diversidade político-administrativa. Foram definidos, como cenários, cinco hospitais, sendo um federal de ensino, um estadual, um municipal, um filantrópico e um particular.

Foram sujeitos da pesquisa os profissionais de saúde que assistem o recém-nascido internado na UTIN e os familiares desses recém-nascidos. Aos participantes foi entregue carta de apresentação da pesquisa e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos de coleta de dados foram a observação participante e as conversas do cotidiano. A observação foi orientada por um roteiro direcionando para situações de cuidado ao recém-nascido, como ações de cuidado, passagem de notícias entre profissionais, admissão ou alta do neonato, situação de intercorrência ou óbito, primeiro contato dos pais na unidade, participação da mãe na unidade e visitas ao recém-nascido. As conversas do cotidiano, que são uma forma de comunicação nas diferentes esferas sociais caracterizada por flexibilidade têmporo-espacial e descompromisso disciplinar,¹¹ foram captadas considerando as interações do cotidiano e registradas em diário de campo.

A inserção em campo foi realizada de forma a contemplar diversos dias da semana e diferentes horários. Os pesquisadores realizaram a coleta de dados nos períodos da manhã, tarde e noite, incluindo o momento de passagem de plantão entre os profissionais. Foram realizadas de 15 a 25 horas de observação em cada cenário, totalizando aproximadamente 100 horas. Vale ressaltar que o intuito das observações não foi contemplar todas as situações de cuidado ao neonato, mas apreender a diversidade de situações.

Os dados obtidos foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, que busca os significados manifestos e latentes no material empírico.¹² Esse material foi apresentado em seminário aos profissionais e gestores dos cenários, com o propósito de devolução dos resultados, validação dos resultados e a ampliação da análise.

As fases deste projeto foram desenvolvidas respeitando-se as determinações da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde,¹³ que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer número 503/07) e pelos comitês de ética dos cenários da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu captar aspectos da participação da família no cuidado ao recém-nascido relacionados à organização institucional,

à interação com os profissionais e à realização do cuidado, expressos em três categorias apresentadas a seguir.

A organização institucional e sua relação com a participação da família no cuidado

O conjunto das observações e conversas permitiu apreender diferentes situações vivenciadas pela família durante a internação do recém-nascido na UTIN, especialmente no que se refere às iniciativas desenvolvidas pelas instituições que possibilitam o acesso, oferecem condições de permanência e apoio para a mãe e a família. Nos cenários de estudo, o acesso dos pais ocorre em duas UTIN em todos os horários do dia e da noite e em três unidades em horários pré-estabelecidos. Há uma tentativa das Instituições que têm delimitação de horários de flexibilizar a entrada dos pais na UTIN, como constatado nas observações, por meio do fluxo de entrada e dos informes afixados ou entregues aos pais.

Nas unidades com horários pré-estabelecidos, restrições foram identificadas principalmente em relação ao acesso à UTIN à noite. Esse limite à entrada na UTIN é contestado pelos pais na medida em que reconhecem a importância de sua presença junto de seus filhos e se encontram disponíveis para estarem junto deles durante todo o tempo, conforme um dos relatos, registrados durante a observação, feito por uma mãe: *então coloca a gente aqui de madrugada... a pressão não altera, a saturação não cai, não tem apnéia no horário que eu e o pai estamos aqui, isso não acontece e isso também não acontece com todos os outros que estão aqui também... isso então é porque a gente faz bem pro neném, não é não? Então deixa a gente vinte e quatro horas aqui dentro, eles [bebês] vão ficar melhor* (Conversa na UTI D, data 19/10/2008, 16:00h).

Mesmo sendo verificado um avanço em relação ao acesso dos pais à UTIN, predominantemente da mãe, o mesmo não ocorre em relação aos demais membros da família, como observado na reunião da equipe multiprofissional com os pais quando *questionam sobre a possibilidade de outros familiares, como os tios, visitarem os bebês. A pediatra explica que, pela segurança dos bebês, isso não é possível, pois se abrisse exceção para um familiar precisaria abrir para todos, que seriam muitas pessoas circulando na unidade. A pediatra ainda comenta que a restrição de visitantes é uma maneira de proteção dos bebês contra o risco de infecções* (Observação na UTI A, 01/09/2008, 13:05h).

Em quatro, das cinco UTINs, foi identificada a existência de infraestrutura e recursos que favorecem a presença da mãe junto ao filho na instituição. Em uma das instituições foi disponibilizada uma casa nas proximidades do hospital, oferecendo condições de estadia e alimentação; em outra, foram fornecidos à mãe recursos para custeio do transporte; nas outras duas, considerava-se a possibilidade de disponibilizar leito para a permanência da mãe em outros setores do hospital, mais frequentemente na maternidade.

A presença de um acompanhante junto ao recém-nascido internado na UTIN é assegurada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente;⁷ entretanto, apreende-se que a forma como são oferecidas as condições de permanência e o acesso dos pais ao filho hospitalizado é uma decisão político-institucional. Uma das observações registradas permite evidenciar que algumas estratégias adotadas pelas instituições para a presença das mães junto ao filho podem apresentar restrições, podendo interferir tanto na qualidade quanto no tempo de permanência dos pais na instituição, pois *durante reunião realizada com os pais de bebês internados na UTIN, surge um comentário sobre desgaste, cansaço. As mães falam que o que mais cansa é o transporte de ônibus até o hospital* (Observação na UTI A, 19/09/2008, 12:45h).

Embora haja um esforço das instituições para garantir acomodações para a permanência das mães, verifica-se que os pais também têm essa necessidade e buscam alternativas, como hospedar-se na casa de parentes ou em pensão próxima ao hospital.

É inegável a importância da presença paterna para o desenvolvimento da criança; contudo, ainda se percebe que, no cotidiano das Instituições-cenário desta pesquisa, a ênfase é dada à figura materna, sendo o pai, de certa maneira, desconsiderado no processo. Tomando o contexto do nascimento de um bebê prematuro ou doente e suas implicações na vida familiar, é premente reconhecer que a presença paterna interfere positivamente tanto para a construção do apego entre pai e filho quanto para partilhar com a mãe os cuidados da criança no hospital e no domicílio.

O relato de uma das mães permite apreender as transformações ocorridas na atenção ao recém-nascido em uma das Instituições-cenário deste estudo e que essas não se restringem ao reconhecimento da importância da mãe e da família junto ao filho, mas contemplam também o apoio da equipe multiprofissional dispensado a eles para lidar com

a situação de ter uma criança internada na UTIN, ao comentar durante uma reunião com mães *como era o hospital quando teve seu primeiro filho. Na UTIN, as mães tinham menos contato, não tinha trabalho dos profissionais com as mães, havia mais restrição para a entrada na UTI. Quando teve o segundo filho com problema, ficou desesperada; mas, quando ficou sabendo das mudanças, que poderia ficar lá dentro, ficou mais calma* (Observação na UTI A, 04/09/2008, 13:00h).

Além da existência de espaços formais para oferecer apoio às famílias, aqui entendidos como os atendimentos em grupo e individuais, observam-se situações que evidenciam uma abertura dos profissionais para acolher as necessidades da família no cotidiano da unidade. Na reunião da equipe multiprofissional com os pais, a *coordenadora de enfermagem reforçou que as mães não precisam esperar o momento das reuniões para exporem seus problemas, disse estar disponível sempre que elas precisassem* (Observação na UTI A, 01/09/2008, 13:05h).

Reconhecer que a família do recém-nascido hospitalizado também necessita de cuidados faz parte de um processo em construção que implica em criar alternativas para atender as necessidades biológicas e psicossociais do prematuro.⁸

No que se refere ao apoio oferecido à família, o grupo com os pais de recém-nascidos internados na UTIN é considerado uma abordagem que proporciona o acesso à informação, apoio emocional e fortalecimento dos pais e familiares para o enfrentamento da situação de hospitalização do recém-nascido.¹⁴ A realização de reuniões regulares com profissionais de saúde foi considerada como uma forma importante de prover amparo, além de minimizar o sofrimento materno e favorecer as interações entre mãe e filho, reduzindo o risco de a criança apresentar problemas emocionais e de desenvolvimento no futuro.¹⁵

As observações dos atendimentos em grupo evidenciam que também se configuram como um espaço para o aprendizado sobre as condições de saúde e os cuidados dispensados ao recém-nascido, o que pode favorecer a participação da mãe no cuidado.

O apoio oferecido pela equipe, em algumas Instituições estudadas, não se limitava aos pais e às mães. A partir de situações observadas, verificou-se que é extensivo a outros familiares, demandando uma organização do serviço para atender a essa necessidade da família, como na situação relatada a seguir:

[...] a visita foi sugerida e mediada pela psicóloga que conversou antes com a criança [irmã do recém-

-nascido] e sugeriu que ela fizesse um desenho para o bebê. Segundo a mãe, foi uma surpresa ela ter conseguido permanecer no ambiente da UTI, pois 'tem medo de pessoas vestidas de branco' e 'agora ela quer vir todos os dias' (Observação na UTI D, 18/10/2008, 09:38h).

A relação entre pais e profissionais para a efetivação do cuidado ao recém-nascido na UTIN

Em relação à participação no cuidado ao recém-nascido internado na UTIN, é expresso nos relatos das mães que os profissionais de saúde determinam como e quando elas podem cuidar de seus filhos, ao ser uma mãe questionada pela pesquisadora sobre *como ela participa do cuidado da filha diz: 'não estou cuidando, quem está é o pessoal do hospital mesmo'. Pergunto se já carregou a filha e ela diz: 'ontem foi a primeira vez, vamos ver se eles vão deixar hoje'* (Conversa na UTI A, 26/08/08, 10:35h).

Outra evidência da determinação do cuidado foi constatada quando uma *técnica de enfermagem realiza os procedimentos no bebê que está no leito ao lado e, ao observar a mãe tocando o filho, pergunta: 'você já carregou o bebê?' Ela responde que carregou pela manhã e sorri. A técnica de enfermagem comenta: 'já pegou pela manhã, então chega, né?'* (Observação na UTI B, 13/04/2009, 17:45h).

As situações observadas revelam que a equipe por sua vez reforça esse entendimento através de suas ações de cuidado, incluindo ou não a mãe nessas ações e utilizando, como balizador, a condição clínica do recém-nascido.

Considerando a importância dessa avaliação dos profissionais, defendemos que essa decisão não seja orientada apenas pela condição clínica da criança, mas que se faça também de uma negociação com as mães para identificar sua condição para assumirem atividades de cuidado junto aos filhos na UTIN.

O processo de inserção da mãe no cuidado do filho na UTIN depende do apoio que ela recebe dos profissionais, que podem criar possibilidades de participação mesmo quando a criança está em condição clínica grave, como solicitar à mãe que segure ou forneça materiais durante os procedimentos e, à medida que a criança apresenta melhora, encorajá-la a realizar os cuidados.¹⁶

Os resultados permitem apreender que o contato dos pais com o cotidiano de cuidado da UTIN e a interação com as pessoas que atuam na unidade, possibilitam-lhes adquirir um conhecimento acerca das práticas que produzem um

cuidado seguro e adequado ao recém-nascido internado. Verificou-se que a incorporação desse tipo de conhecimento possibilita aos pais avaliar e produzir questionamentos acerca do cuidado realizado, especialmente quando esse cuidado coloca em risco a segurança de seus filhos, quando na reunião da equipe multiprofissional com os pais *uma das mães comenta que fica incomodada com o fato de que, para os pais entrarem na UTIN, precisam retirar os adornos e lavar as mãos, mas, alguns profissionais da equipe de enfermagem ficam lendo jornal dentro da unidade. Falou que o jornal tem bactérias e demonstrou preocupação com o risco para seu filho* (Observação na UTI A, 01/09/2008, 13:05h).

Com a internação do filho na UTIN, a mãe busca adaptar-se à condição de sua criança e ao ambiente da unidade. Com o decorrer do tempo, ela passa a compreender as rotinas e a avaliar como os profissionais cuidam das crianças.¹⁶ Os profissionais, geralmente, orientam o cuidado com base nas rotinas do serviço, enquanto os pais utilizam a percepção e os conhecimentos adquiridos para definir o que é melhor para seus filhos, aproximando-se mais de suas necessidades.¹⁰

As situações observadas permitem perceber que, no espaço assistencial, a presença da mãe configura-se como uma possibilidade de participar do cuidado do filho ao mesmo tempo em que revela uma disputa entre o modo de cuidar do profissional e o modo de cuidar da mãe, como relatado em reunião da equipe de psicologia com os pais em que *a mãe aborda a contradição na posição para amamentar orientada pelos profissionais e a que as mães consideram melhor. Fala que, às vezes, o jeito que a mãe posiciona é melhor, mas os profissionais querem que ela coloque o bebê de outra forma, atrapalhando* (Observação na UTI A, 19/09/2008, 12:45h).

Depreende-se do relato que o profissional de saúde desconsiderou a percepção da mãe e fez uso de sua autoridade profissional para determinar o modo de cuidar que julga adequado ao recém-nascido. Resultado semelhante foi identificado em outro estudo que verificou que os profissionais de saúde tendem a estabelecer limites, supervisionar as mães e, em alguns casos, repreendê-las ao se colocarem como *experts* em relação ao cuidado do recém-nascido.¹⁷

Observaram-se situações nas quais os pais foram orientados a oferecer um cuidado que contribuisse para o bem-estar dos filhos, como informações sobre a forma adequada de tocar um bebê prematuro e de segurá-lo no colo e a importância do leite materno. Em algumas situações, foram

feitos ajustes na rotina da unidade de forma a possibilitar essa participação.

A técnica de enfermagem o orienta, falando que ele pode tirar o papel-filme e tocar o bebê [...]. O pai toca o bebê com as pontas dos dedos. Minutos após, a fisioterapeuta chega e orienta o pai a tocar o bebê com as mãos, pois daquela forma, o bebê sente cócegas (Observação na UTI C, 07/02/2009, 8:40h).

Os registros das situações observadas evidenciam que os pais estabelecem relações com os profissionais, buscando atender a sua necessidade de informação sobre a situação de saúde dos filhos, como nos trechos a seguir:

[...] uma mãe comentou que alguns técnicos de enfermagem não fornecem informações. A coordenadora de enfermagem falou que algumas informações realmente devem ser passadas pelos médicos. A mãe se referiu ao peso e à amamentação e a coordenadora de enfermagem disse que essas informações realmente poderiam ser passadas pelos técnicos de enfermagem [...] (Observação na UTI A, 01/09/2008, 13:05h).

[Reunião da equipe multiprofissional com os pais] *o pai comenta que só acredita nas informações passadas pelos médicos. Não levam em consideração as informações dadas pelos outros profissionais, como os da equipe de enfermagem* (Observação na UTI A, 01/09/2008, 13:05h)

As situações relatadas revelam que tanto os pais quanto os integrantes da equipe atribuem a centralidade das informações aos médicos. Na primeira situação, essa centralidade é evidenciada, especialmente, quando as informações poderiam ser concedidas por outros integrantes da equipe. Na segunda situação, os pais valorizam e atribuem credibilidade à informação fornecida pelo médico.

Evidencia-se a necessidade de estabelecermos uma distinção entre comunicação e informação, uma vez que a necessidade evidenciada pelo discurso dos pais remete não apenas à necessidade de obter informações acerca das condições clínicas do filho, mas a de uma relação dialógica produtora de acolhimento, confiança e vínculo.

Um elemento que distingue informação de comunicação é que nesta há o estabelecimento de laços sociais envolvendo, além do próprio sujeito, “as coisas e os outros homens”.^{18:256} A comunicação consiste em “produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais que se manifestam por meio dos discursos”.^{19:167} Esse conceito tem suporte em outro estudo, no qual a comunicação é denominada como um processo que implica a interação e a interlocução entre os

envolvidos, possibilitando-lhes criar, alimentar e restabelecer laços sociais.¹⁸

O cuidado ao recém-nascido na UTIN realizado pela família

O conjunto das observações e conversas nos permite identificar diferentes ações dos pais enquanto acompanham os filhos durante a internação na UTIN. Tais ações referem-se a demonstrações de afeto e fé, ao cuidado diário como oferecimento de dieta, banho, troca de fralda, contato pele a pele e vigilância quanto à evolução da criança e aos cuidados realizados pela equipe multiprofissional.

Vejo uma mãe com o filho recém-nascido no colo e um pai observando o filho dentro da incubadora (Observação na UTI E, 30/09/2009, 14:35h).

Em pé, ao lado de seu filho, a mãe o posiciona no leito. Seu pai está do outro lado do leito, sentado em uma cadeira. Pai e mãe conversam com seu filho, acariciam e cantam para ele [...]. A mãe relata que à tarde, por causa do calor, ela deu um banho em seu filho sozinha. Às 18:02h os pais oram com as mãos sobre o filho e logo após despedem-se de todos e saem da unidade (Observação na UTI E, 28/09/2009, 17:50h).

Nessas situações, evidencia-se que uma das formas de participação das famílias consiste em estar junto da criança, olhando-a, conversando com ela e afagando-a. Esses foram comportamentos identificados durante as observações como os mais frequentes nos primeiros dias de internação. Com a melhora clínica das crianças e a familiarização dos pais com o ambiente, observava-se que as famílias, especialmente as mães, passavam a desenvolver outras ações no cuidado ao recém-nascido.

As formas de participação da mãe no cuidado podem ser compreendidas a partir do estudo que evidencia que as mães experimentam diferentes condições durante a internação do filho na UTIN, sendo que algumas delas, rapidamente, estavam engajadas e se tornavam parceiras no cuidado, enquanto outras permaneciam na condição de estranhas durante toda a hospitalização do recém-nascido. Essa transição foi influenciada pelas experiências maternas anteriores, pelo estado de saúde do bebê e pela cultura da UTIN, sendo que o estabelecimento da relação de parceria somente foi possível com a participação do profissional de saúde.⁹

É possível identificar que, para participar do cuidado do filho, além de lidar com as parti-

cularidades de ter um recém-nascido de risco que demanda cuidado diferenciado, as famílias têm o desafio de se habituar ao ambiente da UTIN.

Os bebês foram para a UTIN logo após o nascimento e a mãe relata que ficou assustada com a UTIN no início, tinha medo quando os aparelhos disparavam, mas os profissionais a tranquilizavam e explicavam o que estava acontecendo (Observação na UTI C, 24/03/09).

O ambiente da UTIN aumenta o estresse vivenciado pelas mães o que destaca a importância de os profissionais de saúde auxiliá-las no processo de adaptação e enfrentamento da situação.^{9,20} Uma maneira de auxiliar os pais é estabelecer uma comunicação efetiva, principalmente nos primeiros dias da internação, oferecendo informações sobre os protocolos, e os resultados esperados. Isso contribuirá para que os familiares se sintam menos ansiosos e favorecerá maior interação entre equipe e família.²¹

A análise dos dados demonstra a importância da atuação dos profissionais para que a mãe compreenda os acontecimentos na UTIN. Isso sinaliza para a relevância de que esses aspectos relacionados à adaptação ao ambiente sejam considerados na interação dos profissionais com a família e tomados como um dos focos do trabalho da equipe.

O distanciamento da família foi enunciado pelas mães como uma das dificuldades decorrentes da permanência na Instituição; contudo, seu envolvimento no cuidado com o filho apresentou-se como determinante para que continuasse no hospital, relatado no grupo de mães como sendo *muito difícil ficar longe da família... 'eu fui melhorar ontem quando eu fiquei sabendo que ela precisava do meu leite, aí eu fiquei mais animada'* (Observação na UTI C, 26/03/2009, 09:50h). Mesmo sofrendo com a separação da família, as mães permanecem junto do filho internado por acreditarem que podem oferecer um cuidado exclusivo e sentem-se úteis ao serem criadas condições que favorecem a participação delas no cuidado do filho, cuidados.²²

As observações e discursos das mulheres nas diferentes UTIN evidenciam que o estímulo a sua participação por parte dos profissionais ocorre especialmente por meio das orientações quanto à retirada de leite e o volume diário de alimento demandado pela criança:

[...] a técnica da UTI vai até a Maternidade para dizer à mãe que o pediatra mudou a dieta de seu filho de seis em seis horas para quatro em quatro horas e que, por isso, irá precisar que ela tire um ml. de leite no banco de leite (Observação na UTI A, 30/08/2008, 9:03h).

Identificou-se a necessidade dessa ação ser estimulada, mas não limitada ao aspecto biológico, sendo também ampliada aos outros aspectos que contemplam o ato de amamentar. Acreditamos que a prioridade dada ao aleitamento materno pelos profissionais deve-se ao reconhecimento da importância do leite para a criança de risco, mas especialmente porque esse é um cuidado exclusivamente materno.

Verifica-se que outras formas de inserção materna no cuidado acontecem assystematicamente, dependendo da disponibilidade e do interesse de cada profissional. Dessa forma, ações como banho, troca de fralda, oferecimento de dieta, dentre outras, podem ser incorporadas ao conjunto de atividades dos profissionais, sendo sua realização pelas mães um diferencial e não determinante para atender à rotina de cuidado. Pelo exposto, defende-se que a participação da mãe deve fazer parte do plano de cuidados do recém-nascido na UTIN, não podendo ser relativizada com base na opinião de cada profissional.²³

Como uma forma de favorecer a participação da mãe no cuidado, autores defendem a inclusão da participação guiada no plano de cuidados do recém-nascido internado na UTIN.^{9,24} A participação guiada é um processo pelo qual uma pessoa com experiência ajuda a outra pessoa com menos experiência a desenvolver habilidades para desempenhar atividades da vida cotidiana que são significativas. No contexto da assistência ao recém-nascido internado na UTIN, a participação guiada consiste em o profissional de saúde acompanhar a mãe enquanto ela cuida do bebê. De acordo com os autores, a participação guiada é mais do que orientar e responder a perguntas. É uma forma de envolver a mãe no cuidado e de auxiliá-la a desempenhar atribuições relacionadas à prática da maternidade.

CONCLUSÃO

A análise dos dados permitiu apreender, nos diferentes cenários da pesquisa, a existência de ações que favorecem a participação da mãe no cuidado do filho na UTIN. Contudo, verifica-se que essas ações não estão incorporadas ao fazer cotidiano dos profissionais de saúde que prestam assistência ao recém-nascido nas unidades, limitando-se a situações específicas de cuidado nos cenários observados.

Considerando a produção do cuidado na UTIN e os pais como parte desse processo, este estudo evidencia a existência de um campo marcado

pelas tensões entre modelos, práticas, interesses e vozes, onde, na maioria das vezes, são os profissionais que estabelecem a forma como será realizado o cuidado, definindo inclusive quem e como cuidar. Isso sinaliza a necessidade de incorporação do diálogo como uma das tecnologias do cuidado ao recém-nascido, possibilitando aos profissionais de saúde e às mães fazerem circular seus interesses e serem escutados, permitindo a construção de um cuidado comprometido com a subjetividade, a autonomia e a alteridade dos sujeitos.

Recomenda-se permitir o acesso dos pais à UTIN em todos os horários do dia e da noite; proporcionar infraestrutura e recursos que favorecem a presença da mãe na instituição, contemplando suas necessidades de cuidado; ampliar a oportunidade de presença e participação do pai e de outros membros da família; valorizar o grupo com os familiares como estratégia que proporciona acesso à informação e apoio emocional; estimular outras formas de participação dos pais no cuidado ao filho, além do fornecimento do leite materno, por meio de orientação e negociação.

REFERÊNCIAS

1. Sá Neto JA, Rodrigues BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Abr-Jun; 19(2):372-7.
2. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p. 229-66.
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2001. p. 39-64.
4. 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 RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ; 2001. p. 65-112.
5. Martins PH. Ação pública, redes e arranjos familiares. In: Martins PH, Fontes B, organizadores. *Redes, práticas avaliativas e gestão pública*. Recife (PE): Ed. Universitária da UFPE; 2006. p. 19-50.
6. Moore KA, Coker K, DuBuisson AB, Swett B, Edwards WH. Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. *Pediatrics*. 2003 Apr; 111(4 Pt 2):450-60.
7. Ministério da Saúde (BR). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 3ª ed. Brasília (DF): MS; 2008.
8. Scochi CGS, Mello DF, Melo LL, Gaíva MAM. Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais. *Rev Bras Enferm*. 1999 Out-Dez; 52(4):495-503.
9. Heermann JA, Wilson ME, Wilhelm PA. Mothers in the NICU: outsider to partner. *Pediatric Nurs*. 2005 May-Jun; 31 (3): 176-81.
10. Duarte ED, Sena RR, Xavier CC. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Set; 43(3):647-54.
11. Menegon VM. Porque jogar conversa fora? pesquisando no cotidiano. In: Spink MJ, organizador. *Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3ª ed. São Paulo (SP): Editora Cortez; 2004. p. 215-41.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Lisboa (PT): Edições 70; 2009.
13. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
14. Buarque V, Lima MC, Scott RP, Vasconcelos MGL. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. *J Pediatr (Rio J)*. 2006 Jul-Ago; 82 (4): 295-301.
15. Trombini E, Surcinelli P, Piccioni A, Alessandrini R, Faldella G. Environmental factors associated with stress in mothers of preterm newborns. *Acta Pediatr*. 2008 Jul; 97(7):894-8.
16. Flacking R, Ewald U, Nyqvist KH, Starrin B. Trustful bonds: a key "to becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Soc Sci Med*. 2006 Jan; 62(1):70-80.
17. Lupton D, Fenwick J. They've forgotten that I'm the mum': constructing and practicing motherhood in special care nurseries. *Soc Sci Med*. 2001 Oct; 53(8):1011-21.
18. Santos M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 3ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1999.
19. Araújo IS. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface Comun Saúde Educ*. 2004 Set-Fev; 8(14):165-77.
20. Turan T, Basbakkal Z, Özbek S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2008 Nov; 17(21):2856-66.
21. Centa ML, Moreira EC, Pinto MNGHR. A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*. 2004 Jul-Set; 13(3):444-51.

22. Loo KK, Espinosa ME, Tyler R, Howard J. Using knowledge to cope with stress in the NICU: how parents integrate learning to read the physiologic and behavioral cues of the infant. *Neonatal Netw.* 2003 Jan-Feb; 22(1):31-7.
23. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006 Jan-Mar; 6 (1):47-57.
24. Aagaard H, Hall E. Experiences of having a preterm infant in the Neonatal Care Unit: A meta-synthesis. *J Pediatr Nurs.* 2008 Jun; 23(3):26-36.
25. Pridham KF. Guided participation and development of care-giving competencies for families of low birth-weight infants. *J Adv Nurs.* 1998 Nov; 28(5):948-58.

Correspondência: Elysângela Dittz Duarte
Rua Apaches, 40, casa 01
31530-280 – Santa Mônica, Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: dittzduarte@ig.com.br

Recebido: 20 de Junho de 2011
Aprovação: 10 de Agosto de 2012