

A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal

Family participation in premature care in Neonatal ICU

La participación de la familia en la asistencia al prematuro en UTI Neonatal

Maria Aparecida Munhoz Gaiva

Enfermeira. Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.
mgaiva@terra.com.br

Carmen Gracinda Silvan Scochi

Enfermeira. Professora Livre Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.
cscochi@eerp.usp.br

Este artigo foi extraído da tese de doutorado intitulada "Organização do trabalho na assistência ao prematuro e família em uma UTI Neonatal de Cuiabá - MT"

RESUMO

Esse estudo tem como objetivo analisar a participação da família na assistência ao prematuro em uma UTI neonatal de um hospital universitário. Os dados foram coletados utilizando-se a observação participante. Os resultados mostraram que apesar da presença materna no cotidiano da internação do filho prematuro, a família não está inserida no processo de trabalho, sendo que somente a mãe participa dos cuidados. Esta participação se dá basicamente na execução dos cuidados de maternagem, principalmente na unidade de médio risco, a mãe e a família do prematuro são pouco acolhidas e não existe relação de parceria entre equipe e família, não há intervenções ampliadas da equipe em torná-la sujeito autônomo para promover a saúde e qualidade de vida do bebê.

Descritores: Recém-nascido prematuro; Cuidados intensivos; Família; Enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

This study aimed at analyzing the family participation in the premature assistance in a university hospital neonatal ICU. Data were collected from the participant observation. Results showed that despite of the mother's presence in the daily life of their premature children placed in a hospital, family isn't inserted in the work process and mothers are the only ones who take part of the cares. This participation basically happens in the execution of maternity care, especially at the medium risk unity, the mother and premature family are less welcomed and there isn't any partnership between the care team and the family, there aren't team interventions in order to turn premature family in autonomous subject to promote health and life quality to baby's life.

Descriptors: Infant premature; Intensive care; Family; Pediatric nursing.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la participación de la familia en la asistencia al prematuro en una UTI neonatal de un hospital universitario. La colecta de datos fue hecha a través de observación participante. Los resultados muestran que a pesar de la presencia materna en el cotidiano de internación del hijo prematuro, la familia no está inserida en el proceso de trabajo, siendo que solamente la madre participa de los cuidados. Esta participación ocurre básicamente en la ejecución de cuidados de maternidad, especialmente en la unidad de medio riesgo, la madre y familia del prematuro son poco acogidas y no existe parceria entre el equipo de salud y la familia, no hay intervenciones ampliadas del equipo con vistas a tornar la familia sujeto autónomo para promover la salud y cualidad de vida del bebe.

Descriptores: Recién nacido; Cuidados intensivos; Familia; Enfermería pediátrica.

Gaiva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. Rev Bras Enferm 2005 jul-ago; 58(4):444-8.

1. INTRODUÇÃO

A assistência ao prematuro em UTI neonatais tem passado por importantes transformações. Nesse contexto algumas intervenções têm sido recomendadas e implementadas nas unidades neonatais para instrumentalizar o trabalho da equipe de saúde, tais como: a liberação de visitas de outros membros da família, a permanência dos pais junto ao filho internado, a implementação de grupos de apoio aos familiares, o incentivo à participação da mãe no cuidado ao bebê e na tomada de decisão do tratamento, dentre outras.

Inúmeros estudos mostram a importância da presença dos pais na UTI Neonatal (UTIN) e da participação deles nos cuidados ao filho hospitalizado, não só para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho, mas também para a redução do estresse causado pela hospitalização e no preparo para o cuidado à saúde no domicílio^(1,2). A assistência ao RN em UTIN sofreu mudanças, o modelo

tradicional de assistência centrado no bebê doente vem cedendo espaço para um novo modelo que permite a presença dos pais e a incorporação da família no cuidado. Para efetivar essa nova prática, as UTINs têm permitido livre acesso dos pais para visitar os filhos, além de liberar a permanência contínua deles junto ao bebê internado, se assim o desejarem, proporcionando inclusive, condições para sua acomodação nas unidades.

No entanto, apesar dos avanços da literatura e advento da legislação dos direitos da criança, a situação do prematuro em nossa realidade não mudou muito. Hoje, na maioria dos hospitais, a visita dos pais/família aos recém-nascidos (RNs) internados ainda é restrita e controlada por normas rígidas e a inserção da mãe no cuidado ao prematuro ainda é limitada. No cotidiano das UTINs é comum não se permitir a presença da mãe, justificada pela execução de procedimentos invasivos, horário da visita médica, espaço físico pequeno e escassez de recursos humanos. Quanto aos outros membros da família, a situação é ainda mais difícil, poucos são os serviços que permitem a entrada de familiares que não os pais, além de não permitir que eles participem dos cuidados.

Esse estudo tem como objetivo analisar a participação da família na assistência ao prematuro em uma UTI Neonatal de um hospital universitário.

2. METODOLOGIA

É uma pesquisa qualitativa, dada às características e a complexidade do trabalho em saúde, onde os processos que aí se desenvolvem assumem conotações diferenciadas que passam por discursos, atitudes, valores, poderes, saberes e muitos outros.

A pesquisa foi realizada em uma UTIN de um hospital universitário, localizado em Cuiabá-MT. Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, os pais dos prematuros internados na unidade foram comunicados da proposta da pesquisa e solicitada a autorização para a participação. Para isso, foi entregue o Termo de Consentimento Pós-Informado contendo dados sobre os objetivos da pesquisa, os pais que concordaram em participar assinaram o termo, sendo garantido o anonimato, o sigilo das informações e o direito de interromper a participação em qualquer momento. A coleta de dados foi realizada no período de março a setembro de 2000, utilizando-se da observação participante e da análise de documentos como o prontuário dos RNs. As observações foram registradas em um diário de campo.

A análise dos dados foi realizada seguindo as diretrizes do método qualitativo: ordenação, classificação em categorias empíricas, síntese e interpretação dos dados⁽³⁾.

Para garantir o anonimato dos participantes mães e bebês receberam nomes fictícios escolhidos pela pesquisadora e os profissionais foram nomeados com números conforme a ordem de aparecimento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A entrada da família na UTIN

A internação do prematuro na UTIN é uma situação de crise para toda a família, principalmente para a mãe. Esse é um ambiente estranho e assustador, além de que o bebê real é diferente do imaginado e o sentimento de culpa pelos problemas do filho atua como fatores inibidores do contato espontâneo entre pais e bebês. Nesse sentido, o acolhimento aos pais, desempenha papel fundamental para que as experiências emocionais que venham ocorrer nesse período sejam melhores aceitas e o sofrimento dos pais minimizados. Acolhimento aqui é entendido como receber e atender os membros da família do bebê, procurando integrá-los ao ambiente. O acolher deve envolver ação física e afetiva.

Observamos, durante o trabalho de campo, que alguns pais nas primeiras visitas ao filho prematuro não conseguiam permanecer mais que 2 a 3 minutos junto a ele. Essa situação perdurava até o bebê

mostrar sinais de melhora do quadro clínico. A equipe de saúde tem um papel fundamental nesse momento, pois é ela que deverá reduzir a ansiedade e medo dos pais. Para tal, o profissional que recebe a família deve oferecer condições mínimas de conforto, tentando responder às preocupações dos pais, oferecendo explicações simples sobre o estado de saúde, tratamento e equipamentos usados no bebê, procurando dar ênfase à criança ao invés do equipamento ou doença. Além desses aspectos, deve ater-se para as condições de saúde da mãe nos primeiros dias de pós-parto. À medida que os pais vêm para outras visitas as informações poderão ser complementadas.

Ainda nesse sentido, a equipe deve estimular o encontro entre pais e bebês, mas ao mesmo tempo deve respeitar a individualidade de cada um e sua forma de reagir frente ao filho doente. Os pais precisam sentir-se apoiados para fazer a aproximação com o filho, quando estiverem preparados⁽⁴⁾.

A presença da mãe na UTIN é fundamental. Não somente a presença física, mas o envolvimento emocional e mental, o estar junto, torcer por e lutar por e com⁽⁵⁾.

Na unidade observada, geralmente as mães fazem a primeira visita na UTIN, nas primeiras 12 horas após o parto de risco, estando, portanto, debilitadas em seu estado geral. Outras vezes elas tiveram o parto em outro hospital e só o bebê veio transferido para a UTIN, permanecendo lá internada, o que retarda ainda mais o encontro entre mãe e filho. Mesmo que as mães se encontrem frágeis física e emocionalmente, o contato precoce com o filho é importante para que elas consigam lidar com a situação da hospitalização do filho⁽⁶⁾.

Apesar de todas as vantagens discutidas na literatura acerca dos benefícios da presença dos pais na UTIN e da legislação pertinente, a liberação das visitas não é um consenso em nossa realidade e os pais ainda são submetidos a horários pré-estabelecidos na rotina hospitalar para ter acesso ao filho internado. Na unidade estudada, houve um retrocesso nesse sentido, pois a mãe que tinha acesso livre, hoje tem sua entrada restrita. Um cartaz anexado à porta de entrada da UTIN estipula horários para a visita da família. Para a mãe, é diária, a partir das 10 horas; para o pai é das 14 às 15 horas e para os avós são todas as terças e quintas-feiras, das 14 às 15 horas.

Como se pode ver, a instituição estabelece as normas administrativas, considerando exclusivamente a necessidade da instituição, em detrimento das necessidades dos bebês e famílias.

Os pais, quando chegam à unidade pela primeira vez, aguardam no *hall* de entrada a permissão para entrar e ver o filho. Habitualmente, são abordados por algum membro da equipe de enfermagem que lhes orienta acerca da rotina, mostrando como deve ser feita a lavagem das mãos, oferecem aventais e os acompanham até a incubadora onde o seu filho está. Os pais que já conhecem a unidade têm livre acesso. Na primeira visita dos pais, os profissionais de enfermagem, normalmente o enfermeiro, mostra o bebê à família e fala sumariamente do estado geral da criança e equipamentos usados por ela. Raramente a equipe médica aborda a família na primeira visita, a não ser que seja solicitado pelo enfermeiro.

A entrada dos pais na UTIN deve ser livre, sem limites, permissão que deve ser expandida para outros membros da família como avós, irmãos e outras pessoas próximas dos pais ou do bebê⁽⁷⁾. O Ministério da Saúde, ao propor a assistência humanizada ao RN de baixo peso através do Método Canguru⁽⁴⁾, coloca a presença e a participação da família ampliada como elementos fundamentais no apoio ao bebê e pais durante a hospitalização, recomendando que as unidades neonatais liberem as visitas, seja em acesso livre ou por meio de horários. Ademais, os avós e os irmãos deverão participar da situação de hospitalização. O acolhimento à família é importante para promover a saúde de todos os seus membros e garantir ao bebê um espaço que vai auxiliá-lo em

seu desenvolvimento.

Concordamos com a autora⁽⁶⁾, para quem hoje a UTIN não pode mais ser uma "fortaleza", onde os bebês ficam isolados de suas famílias. "Os bebês têm que trocar olhares, tocar e serem tocados, sentir, ouvir, para que, dentre outras coisas passo a passo, possam conquistar um lugar em sua família".

A partir de 13/07/90, pela Lei nº 8069, Estatuto da Criança e do Adolescente, fica assegurado o direito da presença de um acompanhante durante a hospitalização da criança. Para isso, os estabelecimentos de saúde deveriam proporcionar condições para permanência desses responsáveis, como podemos verificar no artigo 12: "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"⁽⁹⁾. Desde a promulgação dessa Lei, as instituições, especificamente as UTINs, pouco investiram na infra-estrutura do ambiente para melhorar a acomodação das famílias.

Em relação às condições de acomodação da mãe, neste hospital-escola não dispomos de espaço físico privativo à família. Além do desconforto de uma cadeira/banqueta não apropriada para permanecer horas sentada, soma-se ainda, o incômodo de não ter um banheiro privativo; as mães fazem uso de banheiros da enfermaria da clínica obstétrica. A alimentação é oferecida pelo Serviço de Nutrição e seus pertences pessoais ficam em armário localizado no *hall* de entrada da UTIN.

Colaborando nos cuidados de maternagem na UTIN

Com relação à participação da mãe no cuidado ao bebê, percebemos que a inserção materna no trabalho se dá por etapas, sendo que a primeira é a produção do leite materno. Logo na internação do bebê é dito a ela que o leite materno é muito importante para a recuperação do bebê e que ela tem que ordenhar e trazer o leite diariamente, armazenar em vidro estéril ou mamadeira fornecida pela unidade e colocar em geladeira depois de identificado com seu nome, data e horário. É mostrado à mãe onde ficam os frascos e mamadeiras esterilizados e a geladeira em que ela poderá guardar o leite ordenhado. Como não há banco de leite humano funcionando, todo leite coletado é armazenado em geladeira por 24 horas ou no congelador por até 15 dias, a depender da necessidade de utilizá-lo; o colostro dos prematuros em dieta zero é congelado e quando do início da dieta ele é descongelado e oferecido.

Apreendemos que após a mãe ser informada das rotinas da unidade quanto à alimentação do bebê, seu papel ali é fornecer o leite para ser oferecido ao prematuro; não observamos intervenções sistematizadas dirigidas ao incentivo e apoio no processo de manter a lactação, enquanto o prematuro não suga no seio materno.

A adolescente Agnes está na UTIN ao lado do filho Guilherme José, que está pesando 825g e vai iniciar dieta por sonda. O residente (1) chega e conversa com a mãe e pergunta: "você tem leite fresco para dar para o bebê mamar?" - "Sim tenho". (Observação,, 14/07/00)

A função materna no processo de trabalho é fornecer leite para o seu bebê, sendo muitas vezes tratada como se fosse uma máquina de produzir leite, para suprir as necessidades do prematuro internado. Quando é feita alguma orientação, são recomendações no manejo do aleitamento materno para bebês a termo, as quais nem sempre são apropriadas para mães de prematuros; na maioria das vezes, apenas solicitam que realizem a coleta de leite, não se observando ensinamentos acerca do autocuidado com a mama puerperal.

A questão da amamentação na UTIN nem sempre depende só da mãe, no caso de bebês prematuros. Além do desejo da mãe, as condições e imaturidade do bebê interferem. O processo de amamentar nessa situação não deve ser visto e tratado como de responsabilidade

somente materna, pois para ter sucesso nessa prática a mãe precisa de uma rede de apoio formal e informal.

No que se refere aos demais cuidados ao prematuro, as observações de campo deixam claro que enquanto o bebê está na UTIN o tempo das visitas maternas é reduzido. A mãe vê o filho, interage com ele, toca, mas participa pouco dos cuidados; ela é mais expectadora do que efetivamente participante do processo de trabalho.

Agnes chega e senta ao lado do filho, permanece observando tudo que acontece com o bebê. Primeiro chega o auxiliar (6) e o enfermeiro (1) para aspirar o tubo endotraqueal, depois vem o fisioterapeuta (1) que ausculta e faz os exercícios motores, ela permanece calada observando. (Observação, 04-08-00)

No cuidado intensivo, os procedimentos são mais complexos e instrumentalizados por técnicas específicas, mediadas por equipamentos e aparelhos sofisticados, que ora são instrumentos ora são objetos do trabalho da equipe. Aí a finalidade do trabalho centra-se na recuperação biológica de um ser imaturo, dentro de uma abordagem centrada na criança, na qual não há espaços para a inserção da mãe na organização do trabalho. Por outro lado, quando o prematuro é transferido para o cuidado intermediário, sua condição clínica está estável e a ênfase passa a ser no processo de crescimento; isso faz com que não só a mãe se sinta estimulada a cuidar do filho como também a equipe inicie a orientá-la para prestar cuidados ao bebê:

Melissa vai iniciar hoje a sucção por chucha, o auxiliar (7) prepara o leite e dá a chucha para a mãe oferecer, mas antes mostra a ela como fazer; o pai acompanha atentamente. (Observação, 04-09-00)

Apesar do pai executar alguns cuidados com o filho no cuidado intermediário, ele é pouco estimulado a cuidar, quando muito ele acompanha as orientações oferecidas à mãe.

Durante o período de observação, muitos pais estiveram presentes na unidade, mas poucos executaram cuidados. Acreditamos que esse fato pode estar associado à questão cultural de nossa sociedade na qual o cuidado do filho é uma atribuição exclusivamente feminina, além da norma institucional que estipula um horário para a visita do pai ao filho internado, horário em que geralmente os pais encontram-se trabalhando, o que dificulta sua presença no hospital. Com isso, a mãe acaba sendo o membro da família que mais se faz presente na unidade.

A literatura atual^(2,6,7,9) tem enfatizado que a presença do pai na UTIN é uma necessidade na recuperação do prematuro internado e manutenção do núcleo e vínculo familiar.

A mãe, ao permanecer na unidade intermediária (médio risco), passa a desenvolver tarefas de maternagem que outrora eram exclusivas da equipe de enfermagem. A partir do momento em que a enfermagem divide com a mãe os cuidados, há também cobrança para ela executar os cuidados, ou seja, ela é, informalmente, um agente da equipe. A mãe Adália ao pedir para o auxiliar (7) trocar a filha Melissa esta lhe responde: "você troca mãe!" Traz o algodão e água morna e entrega para a mãe. (Observação, 25-08-00)

A mãe Ana chama o auxiliar (1) para trocar a fralda do filho Gabriel, o auxiliar responde para ela trocar, a mãe balança a cabeça e diz que vai tentar. (Observação, 17-07-00)

O trabalho no cuidado intermediário é dividido em tarefas, sendo as menos complexas delegadas às mães quando presentes na unidade, cujo trabalho complementar é cobrado pela enfermagem. Acreditamos que a inserção materna no cuidado deveria ser gradual, desde o alto risco e intensificando no médio risco até a alta hospitalar. Num primeiro momento a mãe conheceria e interagiria com o filho e aos poucos iria executando alguns cuidados em parceria com a equipe, durante esse processo ela estaria sujeita à orientação, à supervisão e à trocas.

A ida do bebê para o cuidado intermediário reaproxima ainda mais a família, pois com a melhora do estado de saúde do filho, os pais se relacionam melhor com a criança, tornando-se mais seguros e o contato deixa de ser tão restrito. Nesse sentido cabe aqui a afirmação da autora⁽¹⁰⁾ de que os pais também necessitam de serem cuidados para reelaborarem o momento vivido e assim se estruturarem para atender às necessidades do bebê.

Observamos que se por um lado, a presença da mãe na unidade é benéfica para o bebê, por outro lado, a sua ausência levava os profissionais de saúde a cobrarem sua presença até de forma ostensiva. Essa cobrança se dá mais no cuidado intermediário quando se permite a maior inserção materna na assistência.

Adolfo tem três meses de internação e sua mãe Angelina não vem vê-lo todos os dias. Estamos no horário de visitas quando ela chega o auxiliar (1) vai encontrá-la dizendo: "Oh pensei que não vinha mais!". (Observação, 24-08-00)

Gabriel tem hoje 37 dias de vida, quando sua mãe chega na unidade, os internos e os auxiliares cobram sua ausência e ela responde que não tinha com quem deixar o outro gêmeo, por isso não veio. (Observação, 02-08-00)

Pelos relatos apreendemos que a presença da mãe na unidade, muitas vezes, é percebida pela equipe como uma obrigatoriedade. Ao invés de ser uma forma de beneficiar a criança e sua família, torna-se uma imposição da equipe, mais como uma tarefa a ser cumprida pela mãe. A participação materna na assistência ao prematuro não pode ser tratada como se fosse uma norma inflexível; a presença dos pais nessa situação de obrigação e controle deixa de ser uma atividade que dá prazer, podendo conduzir a um maior distanciamento dos pais.

Ao discutir a presença da mãe na UTIN, a autora⁽⁵⁾ afirma que a equipe de saúde não considera e desvaloriza a vulnerabilidade emocional dos pais, exigindo deles demonstração de afeto, amor, cuidado, sem levar em consideração o que eles sentem, pensam e vivem junto ao RN.

A participação da família no cuidado ao RN na UTIN ainda é uma estratégia muito recente. Em nossa realidade, poucos são os hospitais que fazem uso dessa tecnologia, que ainda não foi incorporada como filosofia dos serviços, gerando com isso dificuldades no cotidiano da assistência. Pesquisas^(8,11) realizadas em UTINs públicas que permitem a participação da mãe no cuidado, mostraram que na relação da equipe com a família há uma ambivalência, pois ao mesmo tempo que os profissionais reconhecem a participação das mães no cuidado ao filho como indispensável, em alguns momentos a presença materna dificulta o desenvolvimento das atividades da equipe.

No estudo⁽¹¹⁾ realizado com a equipe de enfermagem de uma UTIN de um hospital escola, os profissionais, mesmo valorizando e estimulando a participação das mães no cuidado ao filho, demonstravam preocupação de que elas poderiam tumultuar o trabalho, principalmente quando permaneciam na unidade por um longo período ou quando estavam presentes durante a realização de procedimentos invasivos.

Ao nosso ver a equipe, principalmente a enfermagem, ainda não tem muito claro o papel da família dentro da unidade: Angelina fez o filho Adolfo dormir e está sentada perto do balcão de cuidados.

O auxiliar (1) fala para ela: "mãe me ajude a dobrar fraldas, pois cuidei de seu filho e agora é sua vez". A mãe balança a cabeça e inicia a dobrar as fraldas. (Observação, 24-08-00)

O relato demonstra claramente a visão distorcida que o profissional tem acerca da finalidade da mãe na unidade, mão-de-obra que ajuda a equipe de enfermagem. Com a entrada da mãe na unidade, alguns agentes da equipe consideram que esta tem obrigação de fazer os cuidados da criança, uma vez que o hospital fez o "favor" de deixá-la ficar. Ao permanecer no hospital, está implícito nas normas que a família deve realizar alguns cuidados com a criança. Esse sentimento é tão

grande que o fato da mãe se afastar do seu filho, algumas vezes é entendido como uma fuga às suas obrigações.

Na organização do trabalho na UTIN estudada, a mãe cumpre regras que vão desde o ritual da entrada (lavar as mãos e pôr o avental) até a execução do cuidado ao seu filho. Ela tem que permanecer ao lado da criança, executar as tarefas que lhes são delegadas, como fazer ordenha e suprir as necessidades lácteas do filho, executar medidas que proporcionem conforto ao prematuro como dar banho, trocar fraldas, mudar de decúbito e atender às necessidades afetivas do bebê. Nessa organização não há espaço para a cooperação e parceria. A equipe de enfermagem, ao invés de ver a mãe como uma aliada ao seu trabalho, uma colaboradora na divisão de tarefas, cobra da mesma a execução de determinados cuidados com o bebê.

A visão de cooperação e parceria na assistência à criança hospitalizada ainda está sendo construída. Entende-se que compartilhar saberes, poderes e espaço, não é uma tarefa simples e depende não só de um discurso, mas da mudança de valores e atitudes tanto dos pais como da equipe⁽¹²⁾. Desta forma, a parceria é vista como uma relação gradativa e que só é possível ocorrer a partir do momento que os profissionais aceitem os conhecimentos trazidos pelas famílias, respeitando suas experiências e habilidades, ouvindo e dialogando com a família⁽¹³⁾.

Percebemos ainda que, para muitos profissionais, a família representa um agente controlador ou fiscalizador de seu trabalho, alguém que atrapalha e tumultua o ambiente. Dessa forma, mesmo reconhecendo a importância dos pais ao lado do prematuro, esses profissionais resistem à sua entrada na UTIN, valendo-se de argumentos como falta de espaço físico e infra-estrutura para acomodar esse novo agente.

Como já bem discutido na literatura, o nascimento e a internação de um filho prematuro alteram a dinâmica familiar e desencadeiam uma série de dificuldades para os familiares na tentativa de conciliar as visitas e a permanência no hospital à vida profissional e doméstica. Durante a nossa presença na UTIN, foi possível observar que as famílias têm dificuldades para estar diariamente com o filho no hospital, algumas vezes por não ter com quem deixar outros filhos, outras vezes por dificuldades financeiras.

O baixo nível socioeconômico das famílias dificulta a ida ao hospital, pois a grande maioria depende do transporte coletivo para chegar até o hospital. Quando os pais possuem dificuldades financeiras para visitar e estar com o filho, eles são encaminhados ao Serviço Social que providencia passagem para o transporte urbano, mas nem sempre isso é possível já que este é um hospital público e também depende do repasse de recursos. Mas essa é uma questão social que extrapola o âmbito do hospital, por mais que este ofereça algum suporte formal, a mãe precisa contar com uma rede de apoio informal que lhe permita estar junto ao filho.

Nesse caso, é importante que a equipe desde o início da internação, conheça as reais condições e necessidades de cada família, suas condições socioeconômicas e de saúde, se tem outro filho pequeno para cuidar que a impeça de vir diariamente até ao hospital, se tem condições de arcar com as despesas do transporte para visitar o filho e suas fontes de apoio.

Como a mãe não está efetivamente inserida no cuidado do filho hospitalizado na UTIN estudada, faz-se necessário que ela seja preparada para cuidar do filho após a alta no domicílio, já que nem todas as mães executam os cuidados maternos. Esse preparo ocorre de forma individualizada e depende do interesse demonstrado pela mãe em aprender a cuidar do filho. Por ocasião da proximidade da alta, a mãe é preparada para dar o banho de imersão e em algumas situações especiais, dieta por sonda ou gastrostomia e medicações, dentre outros cuidados:

Agnes chega às Thoras para iniciar seu treinamento para a alta do Guilherme José, prevista para o final da semana. Depois de tudo preparado a mãe dá o banho e é acompanhada pelo auxiliar (10). (Observação, 12-09-00)

Observamos também, que mesmo que seja dada à mãe a oportunidade de aprender a cuidar do filho antes da alta, esta enfrenta algumas dificuldades em participar, pois o processo de trabalho não está organizado de forma a contemplar a família no cuidado: as rotinas são rígidas e a mãe tem dificuldades em se adequar a elas. Essa situação fica bem evidente no caso do banho. Como já relatado anteriormente, o banho é a primeira atividade do dia a ser realizada pela equipe de enfermagem, ocorrendo logo após a passagem do plantão e tendo por finalidade preparar o bebê para o exame médico. Na maioria das vezes, a mãe não realiza o procedimento porque quando ela chega na unidade, ele já foi feito. No entanto, no caso das mães inseguras no cuidado como as adolescentes, a equipe de enfermagem abre uma exceção e aguarda a mãe para fazer a técnica.

Alguns autores^(6,14) afirmam que as mães que desenvolvem os cuidados básicos com o prematuro durante a hospitalização e participam da tomada de decisão (empoyment) no tratamento do filho, estarão mais seguras de sua habilidade em cuidar do bebê no domicílio. Para tal, a equipe deve procurar conciliar e adequar as rotinas para que os pais possam participar dos cuidados e ser parceiros na tomada de decisão.

A parceria é considerada elemento fundamental para a capacitação e potencialização familiar para o cuidado. Nesse sentido, a equipe deve considerar os familiares como pessoas capazes de cuidar de seus filhos hospitalizados, além de compartilhar conhecimentos e práticas, de modo a potencializar a capacidade da família⁽¹⁵⁾.

Durante o trabalho de campo, foi possível observar que a inserção da mãe no cuidado do prematuro só se dá a partir do momento que o bebê tem seu quadro clínico estabilizado e já se encontra no cuidado intermediário/médio risco. Cabe também destacar que essa inserção é gradativa e que basicamente a mãe executa cuidados como troca de fraldas, higiene e alimentação, atividades mais simples do processo de trabalho. Inicialmente, quando o prematuro está no alto risco, a maioria das mães apenas permanece ao lado da criança, estabelecendo o vínculo mãe-filho.

Como se pode ver a participação da família, no cuidado do bebê na unidade, ainda não é uma política institucional e apesar de alguns profissionais estarem sensibilizados para essa necessidade, a família ainda não participa da tomada de decisões. A inserção materna na assistência é

gradual, sendo quase inexpressiva no cuidado intensivo e ampliando-se no médio risco, executando algumas tarefas manuais da divisão do trabalho.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na UTIN estudada, a família não está inserida no processo de trabalho, apesar de alguns profissionais perceberem essa necessidade, não se têm criado espaços e estratégias para sua participação mais efetiva no cuidado ao prematuro. Isso ocorre porque a equipe não tem uma filosofia que contemple a inserção da família no cuidado. Nesse sentido, percebemos algumas ações se destinam a ampliar o objeto de intervenção, mas em geral, o que se vê são discursos de autoritarismo, uma assimetria na comunicação, colocando a mãe como mera executora de uma ordem, isso porque a equipe não está instrumentalizada com outros saberes e técnicas para dar suporte à dimensão psicossocial do cuidado.

Na perspectiva do cuidado progressivo, a participação materna na assistência aparece mais em determinados momentos. Na internação na unidade de alto risco, cuja demanda maior é de RNs com o risco de morte eminente, o cuidado materno não é prioridade, a mãe é mais expectadora do que participante, quando muito ela interage com o filho. À medida que as condições clínicas se estabilizam e o bebê é transferido para o cuidado intermediário/médio risco, o uso de tecnologias complexas se reduz, abre-se espaço para a ampliação do objeto de intervenção, mas a grande maioria das ações permanece centrada no biológico, no crescimento do prematuro. Apesar disso já há algumas intervenções que envolvem a família e a mãe passa a executar cuidados maternos junto ao filho. As relações da família com a equipe também se modificam quando o bebê está no cuidado intermediário, em especial da enfermagem que se responsabiliza pelo treinamento materno.

Em que pese a presença materna no cotidiano da internação do filho prematuro e o discurso da humanização, observamos contradições no processo de trabalho. Nesse sentido, a mãe e a família do prematuro são pouco acolhidas e não existe relação de parceria entre equipe e família, ela não participa da tomada de decisões e não há intervenções ampliadas da equipe com vistas a torná-la sujeito autônomo para promover a saúde e qualidade de vida de seu filho. No geral, o cuidado materno é visto como uma obrigação e o relacionamento com a família é impessoal, normativo e autoritário.

REFERÊNCIAS

- Diaz Roselló JI. Participación materna en los cuidados del prematuro internado. In: Martínez G. Tecnologías perinatales. Montevideo (URU): CLAP; 1992. p.237-46.
- Bowlby J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1995.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco; 1994.
- Ministério da Saúde(BR). Atenção humanizada ao RN de baixo peso: método canguru. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
- Carvalho RA. Cuidado-presença. Importância na atenção ao recém-nascido de alto risco. Passo Fundo (RS): UPE; 2001.
- Wiggins JB. A família na unidade de terapia intensiva neonatal. In: Avery, G. Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1999. p. 69-78.
- Klaus HM, Kennel HJ. Pais e bebês: a formação do apego. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.
- Lamy ZC. Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira; 2000.
- Ministério da Saúde(BR). Projeto Minha Gente. Estatuto da criança e adolescente. Brasília (DF): MS; 1991.
- Gomes MMF. As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI neonatal: construindo possibilidades de cuidados [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem; Universidade Federal de São Paulo; 1999.
- Barbosa VL. O vínculo afetivo na UTI neonatal: uma questão de reciprocidade da tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem; Universidade Federal de São Paulo; 1999.
- Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. Rev Latino-am Enfermagem 1999 abr; 7(2): 33-9.
- Darbyshire P. Living with a sick child in hospital: the experiences of parents and nurses. London (UK): Chapman & Hall; 1994.
- Kenner C. Enfermagem neonatal. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Afonso Editores; 2001.
- Wong DL. Whaley E Wong enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.