

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em  
unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de  
saúde de um hospital de San Luis Potosí, México**

**Josefina Gallegos Martínez**

**Ribeirão Preto**

**2004**

# **JOSEFINA GALLEGOS MARTINEZ**

## **PARTICIPAÇÃO DAS MÃES/PAIS NO CUIDADO AO FILHO PREMATURO EM UNIDADE NEONATAL: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DE UM HOSPITAL DE SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente, para obtenção do título de Doutor na área de concentração Enfermagem em Saúde Pública.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen Gracinda Silvan Scochi**

***Ribeirão Preto***

**2004**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca Central do Campus Administrativo de Ribeirão Preto/USP

Gallegos, Martínez Josefina

Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde de um hospital de San Luis Potosí, México. Josefina Gallegos Martínez; Orientadora Carmen Gracinda Silvan Scochi. - Ribeirão Preto, 2004.

166f.: il.: 30cm

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

1. Prematuro 2. Baixo peso ao nascer 3. Mãe acompanhando filho no hospital 4. Enfermagem neonatal.

A tese ora apresentada é resultado do convênio celebrado entre a Universidade de São Paulo, com a interveniência da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, e a Universidad de Guanajuato - México, através da Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Josefina Gallegos Martínez**

Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde de um hospital de San Luis Potosí, México.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Banca Examinadora

Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi  
Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.  
Orientadora

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Vera Lúcia Barbosa  
Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaíva  
Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello  
Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento  
Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

**Aos meus filhos RAFAEL JESHUA e CARLOS DANIEL,  
À minha filha SANDRA PATRICIA,**  
*Meus amadíssimos filhos quando  
nasceram encontrei meu destino.*

*À minha querida mãe **LUPITA,**  
por guiar-me no caminho da força e perseverância,  
além de ser a mãe de meus filhos durante a minha ausência*

*Ao meu pai **CATARINO,** ausente da terra,  
mas presente sempre em meu coração  
exemplo de fidelidade ao seu ideal*

*Às minhas irmãs **ROSY e PATY,** meus sobrinhos e demais familiares,  
que com a sua alegria e apoio iluminaram meu andar.*

*Ao **AMOR** que flui sempre e às vezes se materializa  
e me dá força e coragem para caminhar.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Em primeiríssimo lugar a **DEUS**, Ele é a minha Fé, Esperança e Amor.*

*À Honorável Profa. Dra. **CARMEN GRACINDA SILVAN SCOCHI**, com muito **carinho, admiração e respeito**, você é exemplo de sensibilidade, trabalho, inteligência, perseverância e força, e mostrou-me um caminho novo.*

*Aos Honoráveis membros da **BANCA EXAMINADORA**, pois sem as suas sugestões, não poderia ter conseguido a minha meta.*

*Às autoridades da **FACULTAD DE ENFERMERÍA** e da **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO**, pelo apoio neste trajeto através do Programa de Melhoramento do Professorado, **PROMEP**, e da bolsa que fez possível este encontro com o meu queridíssimo país irmão, o **BRASIL**.*

*À **EQUIPE DE SAÚDE** da Unidade Neonatal do **HOSPITAL CENTRAL “DR. IGNACIO MORONES PRIETO”**, pelo acolhimento oferecido que abriu as suas portas às minhas esperanças.*

*Aos **PROFESORES e FUNCIONÁRIOS** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pois com o seu trabalho e, às vezes, com as suas conversas apoiam sempre aos alunos.*

*Aos meus **QUERIDOS COLEGAS**, que ainda sendo de distintos povos, deram para mim seu apoio, carinho e sua amizade, assim, não escrevo nomes para não correr o risco de esquecer alguém, vocês ficam em meu coração sob sete chaves.*

*Às **IRMÃS** e ao pessoal da minha casa brasileira, **VITA ET PAX**, onde recebi amor e atenção infinitos.*

## RESUMO

GALLEGOS, M.J. **Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde de um hospital de San Luis Potosí, México.** 2004. 166f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

A participação materna e da família junto ao filho prematuro internado, assume importância fundamental na perspectiva do cuidado humanizado em unidades neonatais. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivos identificar e analisar os significados atribuídos pela equipe de saúde acerca da participação das mães/pais no cuidado ao filho hospitalizado e analisar as possibilidades que a equipe aponta para transformar a prática assistencial para favorecer essa participação. Trata-se de estudo com delineamento na abordagem qualitativa. O estudo foi realizado na unidade neonatal do Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, na cidade de San Luis Potosí, México. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas gravadas com 23 profissionais que aceitaram participar do estudo, sendo direcionada por três questões norteadoras. As falas foram submetidas à análise de conteúdo, modalidade da análise temática. A coleta foi realizada no período de setembro de 2003 a setembro de 2004. Da análise das entrevistas emergiram seis núcleos de sentido: A presença das mães/pais favorece a estabilidade clínica do prematuro e o seu processo de crescimento e desenvolvimento; A participação possibilita a interação mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo; A mãe é treinada para a alta do filho; A mãe ajuda a enfermagem nos cuidados do filho hospitalizado; A presença das mães/pais modifica o ambiente da unidade neonatal; Favorecendo a participação das mães/pais: obstáculos e sugestões. Concluiu-se que a equipe de saúde considera importante esta participação, mas há barreiras decorrentes da inexistência de uma filosofia institucional, de postura, de preparo dos profissionais, assim como, deficiências de infra-estrutura física e de recursos humanos. Torna-se fundamental implementar estratégias visando viabilizar a maior participação da mãe e família no cuidado ao prematuro em unidade neonatal, rumo à assistência integral e humanizada.

Palavras-chaves: Prematuro, Baixo peso ao nascer, Mãe acompanhando filho no hospital, Enfermagem neonatal.

## ABSTRACT

Gallegos, M. J. **Mothers/parent participation in care for premature children at a neonatal unit: meanings attributed by the nursing team at a hospital in San Luis Potosí, Mexico.** 2004. 166 p. Doctoral Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2004.

When premature children are hospitalized, the participation of mothers and parents becomes fundamentally important from the perspective of humanized care at neonatal units. In this context, this study aims to identify and to analyze the meanings the health team attributes to mothers' and parents' participation in care for hospitalized children and to analyze care practice transformation possibilities pointed out by the health team to promote this participation at a hospital in San Luis Potosí, Mexico. A descriptive research from a qualitative approach was carried out at the neonatal unit of the Central Hospital "Dr. Ignacio Morones Prieto" in San Luis Potosí, México. Data were collected through recorded interviews that were guided by three questions, involving 23 professionals who had accepted to participate in the study. Their discourse was submitted to content analysis in its thematic mode. Data were collected between September 2003 and September 2004. Six meaning cores emerged from this analysis: The mother/parents' presence favors the premature children's clinical stability and their growth and development process; The participation allows for mother-child interaction and affective bonding; The mother is trained for the child's discharge; The mother helps the nurses in taking care of the hospitalized child; The mother/parents' presence changes the environment at the neonatal unit; Favoring the mothers/parents' participation: obstacles and suggestions. It is concluded that, although the health team sees this participation as important, there are barriers resulting from the lack of an institutional philosophy, the professionals' attitude and lack of preparation, deficient infrastructure and human resources. Thus, strategies need to be implemented to allow for the greater insertion of mothers and families in care for premature children at this neonatal unit, working towards integral and humanized care.

**Keywords:** Premature, Neonatal nursing, Health team, Bedside-accompanying mother.

## RESUMEN

GALLEGOS, M.J. **Participación de las madres/padres en el cuidado al hijo prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud en un hospital de San Luis Potosí, México.** 2004. 166f. Tese (Doctorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

La participación materna y de la familia junto a su hijo prematuro internado, asume importancia fundamental en la perspectiva del cuidado humanizado en unidades neonatales. En este contexto, el presente estudio tiene como objetivos identificar y analizar los significados atribuidos por el equipo de salud acerca de la participación de las madres/padres en el cuidado a su hijo hospitalizado y analizar las posibilidades que el equipo apunta para transformar la práctica asistencial en el sentido de favorecer esa participación en un hospital de la ciudad de San Luis Potosí, México. Se trata de un estudio delineado en el abordaje cualitativo. El estudio fue realizado en la unidad neonatal (UN) del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", en la ciudad de San Luis Potosí, México. La recolección de datos fue realizada por medio de entrevistas grabadas con 23 profesionales que aceptaron participar del estudio, se direccionaron por tres preguntas norteadoras. Los relatos fueron sometidos al análisis de contenido, modalidad de análisis temático. La recolección fue realizada en el período de septiembre de 2003 a septiembre de 2004. Del análisis de las entrevistas emergieron seis núcleos de sentido: La presencia de la madre/padres favorece la estabilidad clínica del prematuro y su proceso de crecimiento y desarrollo; La participación posibilita la interacción madre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo; La madre es entrenada para el alta del hijo; La madre ayuda a enfermería en los cuidados del hijo hospitalizado; La presencia materna/de los padres modifica el ambiente de la unidad neonatal; Favoreciendo la participación de las madres/padres: obstáculos/sugerencias. Se concluyó que el equipo de salud considera importante esta participación, sin embargo, hay barreras derivadas de la falta de una filosofía institucional, de la postura y falta de preparación de los profesionales, de las deficiencias de infraestructura física y de recursos humanos. Se vuelve fundamental implementar estrategias con la visión de viabilizar la mayor participación de la madre y la familia en el cuidado al prematuro en la unidad neonatal, rumbo a la asistencia integral y humanizada.

Palabras-claves: Prematuro, Bajo peso al nacer, Madre acompañante del hijo en el hospital, Enfermería neonatal.

## LISTA DE SIGLAS

CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
CONAPO	Consejo Nacional de Población
IHAC	Hospital Amigo da Criança
HCIMP	Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-Solidaridad	Instituto Mexicano del Seguro Social -Solidaridad
INEGI	Instituto Nacional de Geografía e Informática
UN	Unidade Neonatal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNS	Programa Nacional de Salud
SSA	Secretaría de Salud
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO.....</b>	<b>19</b>
2.1 Aspectos demográficos, epidemiológicos e de saúde do México: situação do grupo materno-infantil.....	19
2.2 Transformações na assistência ao prematuro e de baixo peso: um panorama geral.....	33
2.3 A participação da mãe na assistência ao prematuro na unidade neonatal: marcos históricos para o cuidado.....	53
2.4 Objetivos.....	81
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>82</b>
3.1 Caracterização do local do estudo.....	83
3.2 Os participantes do estudo.....	87
3.3 A coleta de dados.....	92
3.4 A análise dos dados.....	95
3.5 Aspectos éticos e legais.....	97
<b>4 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A PARTICIPAÇÃO DAS MÃES/PAIS NA UNIDADE NEONATAL.....</b>	<b>99</b>
4.1 A presença das mães/pais favorece a estabilidade clínica do prematuro e o seu processo de crescimento e desenvolvimento.....	100
4.2 A participação possibilita a interação mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo.....	102
4.3 A mãe é treinada para a alta do filho.....	105
4.4 A mãe ajuda a enfermagem nos cuidados do filho hospitalizado.....	111
4.5 A presença materna/dos pais modifica o ambiente da unidade neonatal.....	112
4.6 Favorecendo a participação das mães/pais: obstáculos e sugestões...	115
<b>5 REFLETINDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DAS MÃES/PAIS NA UNIDADE NEONATAL.....</b>	<b>121</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>147</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>163</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

Os aspectos pessoais, de formação e como docente, me permitiram obter as informações, atitudes e experiências que me levaram a construir a idéia do quão indispensável é para o ser humano a interação da mãe com seu filho. Levou-me também à compreensão do relevante que é para o indivíduo e para o coletivo os problemas derivados da ausência ou debilidade dessa interação, e fundamentou minha convicção de apoiar a partir deste momento, através deste estudo, a participação da mãe e família na assistência ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso na unidade neonatal (UN), na perspectiva de integralidade e humanização do cuidado como tem discutido Scochi (2000).

No desenvolvimento de meu trabalho docente, durante as décadas de 80 e 90, me aproximei das vivências nas salas de pediatria e de prematuro, quanto à literatura, fui compreendendo de forma mais ampla a situação por que passam estes bebês e tratando de incorporar dentro do ensino do cuidado não só os procedimentos técnicos, mas também os conceitos que ajudassem aos alunos compreender a situação de vulnerabilidade dessas crianças, utilizando para tal, bases epidemiológicas, demográficas, aspectos psicológicos de desenvolvimento e estimulação precoce. Todavia, não contemplávamos a família dentro da nossa visão do cuidado ao recém-nascido e quanto ao ensino, estava centrado na atuação do profissional de enfermagem diante desses conteúdos.

Mesmo assim, considerava-me uma docente que tratava de ir além do que ocorria nos serviços neonatais das instituições hospitalares nas quais os alunos realizam sua prática. Nestas UNs, o cuidado se centra nos procedimentos e o profissional é o executor dos mesmos.

Assim, durante esses anos acompanhei alunos nos estágios durante seu aprendizado nas disciplinas “Atenção de Enfermagem Materno-Infantil” e “Atenção de Enfermagem à Criança Sadia e Doente”, quer nos hospitais públicos, quer nos hospitais particulares, principalmente no Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, em seus Serviços de Neonatologia, Lactantes, Urgências Pediátricas e Escolares. A UN desse hospital atende neonatos de médio e alto risco, nascidos no hospital e referenciados por serviços do município de San Luis Potosí e de outras regiões, do México, portanto a clientela aí assistida constitui população vulnerável, permanecendo internada por um longo período de tempo e a mãe, egressa do hospital, visita o filho em horários pré-estabelecidos.

Em minha graduação tive o primeiro contato com os recém-nascidos pré-termo e de baixo peso. Nas salas de prematuros aprendi a reconhecer suas características físicas, a banhá-los, a alimentá-los e a avaliar seus sinais de enfermidade e evolução clínica. Os bebês prematuros ficaram em minha mente e em meus sentimentos devido a sua situação de debilidade, dependência dos adultos, sofrimento pela sua enfermidade e pela multiplicidade de procedimentos dolorosos, assim como pela ausência de sua mãe para lhes proporcionar amor e cuidados.

Nesta época, segunda metade da década dos anos 70, as normas hospitalares em San Luis Potosí não permitiam a presença da mãe nos serviços neonatais, em função da prevenção e controle de infecções, e não se considerava a questão do vínculo mãe-filho para permitir o contato.

Na década de 80, ao cursar a especialização em Enfermagem Pediátrica, junto ao Instituto Nacional de Pediatria na cidade do México, tive a oportunidade de observar, na UN, que a mãe e o pai participavam de alguns cuidados ao filho, como

por exemplo, dar alimentação pela mamadeira ou banho de azeite. Essas ações estavam inseridas no Programa Mãe Participante, porém, a capacitação recebida foi centrada nos procedimentos especializados e na fisiopatologia e não contemplava, dentro dos conteúdos curriculares, os aspectos do cuidado de enfermagem incluindo à família.

Posteriormente, com a formação no curso complementar para obtenção do nível de licenciatura em enfermagem, realizei uma pesquisa em equipe tendo como tema a relação dos fatores de risco perinatais e as manifestações de dano neurológico na etapa pré-escolar. Ali, apreendi essa relação mais do ponto de vista fisiopatológico, e o grupo de trabalho sugeriu ações de prevenção destes riscos; porém fui despertando, gradualmente, o interesse nessa população suscetível e vulnerável, em especial sob o ponto de vista das seqüelas neurológicas para os bebês prematuros.

Desse modo, compartilhando interesses entre essas seqüelas e a educação, pois além de enfermeira sou docente, o mestrado em educação foi direcionado ao desenvolvimento cognitivo para compreender melhor o que acontece com o cérebro e os processos de pensamento humano. Porém, foi na formação de doutorado obtida junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) que pude melhor delinear a temática de interesse e linha de pesquisa que pretendo desenvolver no presente estudo e as futuras investigações a serem realizadas e orientadas no México.

Destaco o contato inicial com a visão da orientadora de tese e a sua produção científica na área de Enfermagem Neonatal e a oportunidade de participar de reuniões técnico-científicas do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente – GESCA, do Departamento de Enfermagem Materno-

Infantil e Saúde Pública da EERP-USP, e do intercâmbio com pesquisadora do Canadá que trabalha com o cuidado desenvolvimental e com a temática da dor em crianças.

Ainda como parte da formação, aponto a contribuição dos conteúdos abordados nas disciplinas cursadas no programa de doutorado, especialmente “Construção do Conhecimento em Saúde”, na qual estudei as bases epistemológicas do conhecimento e tive contato com abordagens de análise do trabalho que me possibilitou compreender como este é suscetível de transformar-se e por que ocorrem essas transformações e sobretudo descobrir que podemos ser agentes de transformação. Na disciplina “Estratégias da Assistência de Enfermagem” re-aprendi aspectos chave da assistência de enfermagem do ponto de vista do processo de cuidado, utilizando os diagnósticos da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e aplicando-os em um estudo de caso clínico envolvendo recém-nascido pré-termo. No seminário “Abordagem Qualitativa da Pesquisa” tive contato com uma vertente de investigação diferente daquela aprendida no mestrado, a qual abriu novas possibilidades para minha futura atuação como docente pesquisador. Além disso, as influências se deram também graças ao acesso à literatura internacional de enfermagem, quanto às experiências e marcos conceituais do cuidado neonatal, e à produção científica brasileira em Enfermagem Pediátrica e Neonatal, além das vivências por ocasião do estágio técnico-científico nas UNs de cuidado intensivo e intermediário do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, onde observei o trabalho de enfermagem com as famílias dos bebês prematuros.

Além destes subsídios, ao observar a situação de separação das mães e famílias dos prematuros assistidos nos hospitais da cidade de San Luis Potosí,

ainda presente na maioria das UNs, apesar do conhecimento produzido comprovando as vantagens da participação materna e da família no cuidado ao prematuro e das transformações e inovações ocorridas em muitos serviços no Brasil e exterior, motivou-me aprofundar os estudos e a realização de pesquisas nessa temática. A motivação foi fortalecida ao conversar com as chefes de enfermagem da UN onde desenvolvo atividades de ensino, vislumbrando em conjunto de grandes possibilidades de trabalhar na melhoria da assistência a partir de parcerias articulando a pesquisa com a prestação de serviços. Nesta direção, estaríamos em consonância com a política atual de incentivo à realização de pesquisas contida na pauta das associações científicas e universidades mexicanas.

No hospital onde realizei o presente estudo, até a última década, inexistia a participação materna na UN; as mães só entravam em contato com a equipe de saúde para receber informação sobre a condição clínica e evolução do bebê e, no dia da alta hospitalar, a enfermeira orientava sobre os cuidados do bebê em casa e o médico prescrevia fármacos, leite maternizado e notificava a data da primeira consulta de acompanhamento do bebê.

Mais recentemente, houve a iniciativa de se permitir a visita das mães ao recém-nascido hospitalizado, mas a UN não conta com programas de cuidados que incluam as mães na assistência hospitalar ao neonato de risco, tais como Mãe Canguru, programa de Mãe Participante ou protocolo elaborado pela equipe que sistematize a assistência com a inserção da mãe e a família.

Esta situação e o conhecimento da importância de iniciar o contato precoce da mãe e o filho levaram-me a refletir acerca da natureza da participação dos pais na assistência ao filho recém-nascido de risco, especialmente àqueles prematuros e

de baixo peso que permanecem internados por muito tempo, bem como sobre o impacto e enfrentamento da família colocada em situação de separação do filho.

Desta forma, motivei-me realizar este estudo sobre os significados atribuídos pela equipe de saúde acerca da participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em uma UN onde atuo no ensino de graduação.

Na construção do objeto de estudo, apresento a revisão da literatura expondo os aspectos demográficos, epidemiológicos e de saúde do grupo materno-infantil, no México, apontando o prematuro como população de risco e vulnerável. A seguir, apresento um panorama geral das transformações na assistência a este segmento populacional, reconhecendo que a sua historicidade marcou os momentos e as mudanças, e procurando compreender como tem sido essa assistência em UNs e os marcos que fundamentam a importância da participação dos pais. Finalizo o capítulo apresentando os objetivos que nortearam este estudo.

No terceiro capítulo, apresento o caminho metodológico caracterizado como um estudo descritivo na abordagem qualitativa e descrevendo o local da pesquisa, a coleta de dados empíricos, a análise dos dados e os aspectos éticos.

No quarto capítulo, apresento os resultados acerca do significado atribuído pela equipe de saúde à participação das mães/pais no cuidado do filho prematuro na UN, a partir dos temas ou núcleos de sentido que emergiram das falas dos entrevistados.

A seguir, o quinto capítulo contém a discussão e as reflexões a respeito dos achados frente à literatura que aborda e discute a participação das mães/pais na assistência do filho em unidade pediátrica e neonatal. Finalizando, apresento minhas considerações finais, refletindo sobre a prática assistencial, a formação e a capacitação da enfermagem tendo por base os resultados obtidos, rumo ao

incentivo da participação materna e da família no cuidado do bebê prematuro e de risco nas UNs mexicanas.

Considero, como os integrantes do GESCA, que a pesquisa não é um ato individual, mas sim coletivo, pois conta com a participação de pesquisadores que orientaram e colaboram no desenvolvimento da pesquisa, dos sujeitos que forneceram os dados e dos autores dos textos que foram lidos para construir o objeto de estudo e discutir os resultados encontrados. Sendo assim, na redação subsequente adoto a primeira pessoa do plural para retratar essa participação coletiva.

## 2 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

Para a abordagem do objeto de estudo é necessário contextualizá-lo. Desse modo, apresentamos os aspectos demográficos, epidemiológicos e de saúde do México, tendo como foco o grupo materno-infantil e destacando o prematuro como população de risco e vulnerável. A seguir, procuramos compreender como tem sido a sua assistência e a participação de mãe/pai na unidade neonatal, no decorrer da história.

### **2.1 Aspectos demográficos, epidemiológicos e de saúde do México: situação do grupo materno-infantil**

Inicialmente, apresentamos um panorama da situação geral de saúde do México e do estado de San Luis Potosí, em cuja capital foi realizado o estudo.

Apoiamo-nos em fontes nacionais e internacionais, entre as quais se encontram os dados do *Programa Nacional de Salud* (PNS) inserido no *Plan Nacional de Desarrollo* do Sexenio 2001-2006 do México, dados do XII Censo de Población de 2000, realizado pelo *Instituto Nacional de Geografía e Informática* (INEGI), instituição encarregada da questão estatística, demográfica e geográfica do país. Apresentamos informações de diversas instituições tais como a *Secretaría de Salud* (SSA), *Consejo Nacional de Población* (CONAPO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e do Centro Latino de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP).

Começamos por apresentar algumas características geo-demográficas do

México, com a finalidade de contextualizar o país onde realizamos o estudo, e posteriormente, apresentamos informações a respeito do sistema de saúde e dos indicadores mais relevantes que justificam este estudo.

### 2.1.1 Situação demográfica e social

O México é um país que se localiza no continente americano, limita-o ao norte os Estados Unidos da América e, ao sul, Belize e Guatemala. Sua divisão política está conformada em 31 entidades federativas ou Estados e um Distrito Federal como capital do país, localizado em 5 regiões: nove Estados na região norte; nove Estados e o Distrito Federal na região centro; cinco Estados na região sudeste; quatro na região sudoeste e quatro Estados na região sul. O Estado de San Luis Potosí se localiza na região centro.

O XII Censo de população do México, realizado no ano 2000, mostra dados populacionais e sua evolução através dos tempos, onde na segunda metade do século XX, a população mexicana quase quadruplicou, passando de 25,8 milhões de habitantes, em 1950, a 97,5 milhões, no ano 2000 (MÉXICO, 2001a). Nesse ano, a população se distribuiu em uma pirâmide, segundo grupos de idade, sendo 34% no grupo de 0-14 anos, 60,6% de 15-59 anos e 5% maior ou igual a 60; apresentando uma base piramidal com índices altos de população infantil (MÉXICO, 2001a). Isto nos indica as mudanças e algumas transições demográficas, as quais condicionam a forma em que se atende a saúde no México.

Os Indicadores Básicos 2002 OPAS/OMS mostram o incremento populacional da Região Sul-americana e México, segundo o qual o Brasil se coloca em 1º lugar, com 174,7 milhões de habitantes; em 2º lugar, o México, com 101,7

milhões; em 3º, a Colômbia com 43,5 milhões; em 4º, a Argentina, com 37,9 milhões e, em 5º lugar, o Peru com 26,5 milhões de habitantes (CLAP, 2003).

Atualmente o salário diário recebido pela população economicamente ativa flutua entre \$ 37.50<sup>1</sup> e \$ 57.50 pesos mexicanos. Em 1º lugar encontra-se Quintana Roo, da região sudeste, com \$ 57.50; em 2º lugar o Distrito Federal, na região centro, com \$ 54.50; Chihuahua com \$ 52.50 e Nuevo León com \$ 52.30, essas duas últimas localizadas na região norte (MÉXICO, 2001a).

A taxa nacional de alfabetização é de 90,5%, sendo de 7,6 a média de anos de estudo; 28,5% da população não têm instrução ou apresenta ensino fundamental incompleto, 24,4% ensino fundamental completo ou secundário incompleto, 16,8% educação média superior incompleta e 11,0% com nível de educação superior (MÉXICO, 2001a).

No ano 2000, o Estado de San Luis Potosí tinha uma população total de 2.299.360 habitantes, enquanto a população municipal era de 670.532 habitantes, ocupando o 16º lugar no país em quantidade de habitantes (INEGI, 2000). No Estado, o salário mínimo era de \$ 45.00, representando o 28º lugar, ou seja, é um dos estados com menor renda mensal. A taxa de alfabetização era de 88,2% (INEGI, 2000), sendo que do total de 1.442.368 mulheres maiores de 15 anos do estado de San Luis Potosí, 97.506 eram analfabetas; no município, 11.895 mulheres maiores de 15 anos eram analfabetas, de uma população de mulheres de 29.080 de 15 a 44 anos (INEGI, 2002b).

É importante salientar que esses dados diferem segundo o desenvolvimento sócio-econômico de cada região, cujas diferenças regionais denotam a qualidade de

---

<sup>1</sup> O valor de câmbio do peso mexicano por dólar é de 11,60 pesos por 1 dólar.

vida da população. Assim, a distribuição da população, o salário diário e a taxa de alfabetização, refletem até certo ponto, as diferenças das regiões, por exemplo, o norte e a capital do país são substancialmente diferentes das regiões sul e sudeste; San Luis Potosí, situado na região centro, é uma das regiões de menor desenvolvimento, o que se constitui em fator de risco para a população materno-infantil e aumenta a probabilidade de gestações de risco e de nascimentos prematuros.

### 2.1.2 Situação de saúde

Consta do Programa Nacional de Saúde, de 2001, que o sistema de saúde mexicano está organizado em três grupos de prestadores de serviços:

- Serviço assistencial à *população aberta* (não assegurada) - representando 40% do total da população do país. Compreende a população de baixa renda da zona rural e urbana atendida pela *Secretaría de Salud (SSA)* e pelo *Instituto Mexicano del Seguro Social -Solidaridad (IMSS-Solidaridad)*;
- *Seguridad social* - atende mais de 50% da população. Compreende o *Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*; o *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)*, *Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)*, *Petróleos Mexicanos (PEMEX)* e a *Secretaría de Marina (SM)*.
- Setor privado - atende a população que pode pagar ou é financiado pelas empresas e, por isso, assiste a uma parte pequena da população, cerca de 10%.

Para a assistência à saúde, atualmente, o México dedica 5,6% de sua riqueza, índice inferior aos 6,1% da América Latina. Do gasto total das famílias em

saúde, o 52% é coberto por elas, em contraste com 25% da Colômbia e 3% da Grã-Bretanha; esses gastos catastróficos são causa freqüente de empobrecimento no país (MÉXICO, 2001a).

Com a visão desta situação, o governo no planejamento das ações políticas do sexênio 2002-2006 para a saúde dos mexicanos, propôs-se um programa de ação - *Modelo Integrado de Atención a la Salud* (MIDAS), tendo como meta o acesso de todos os mexicanos ao sistema de saúde, até ano 2025 (MÉXICO, 2001b).

No MIDAS se analisa o sistema de saúde mexicano a partir da década de 40 e o coloca como fragmentado, pois divide a população em um subsistema de assegurados e em outro subsistema de não assegurados, razão pela qual em meados da década de 80, criou-se o *Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta* (término só utilizado no México) - MASPA, visando melhorar a atenção à saúde da população não assegurada, a mais pobre, apoiado na estratégia de Atenção Primária operada pelos *Sistemas Locales de Salud* (SILOS), com propósitos de cobertura total e ações dirigidas aos grupos de maior risco. É neste marco que se gera a proposta MIDAS, como um modelo que integrará a operação de todos os serviços de saúde em seus diferentes níveis e articulará o cuidado profissional com o autocuidado, entre outros (MÉXICO, 2001b).

O MASPA apresentou êxitos relevantes, como obter a cobertura geográfica na totalidade do país, consolidar a vigilância epidemiológica, constituir-se em elemento de descentralização dos serviços de saúde, conformar um pacote básico de serviços de saúde e a formulação de modelos estatais para assistência à população não assegurada nos 31 Estados e Distrito Federal. Todavia, a

ineficiência, a inequidade e a falta de seguimento das ações limitaram a obtenção de benefícios (MÉXICO, 2001b). Este contexto influenciou a saúde da mulher e da criança, pois as causas perinatais ainda permanecem como uma das principais causas de morte no México.

Em relação a outros países em desenvolvimento, o México ainda está em transição nas questões de saúde pois, nas duas últimas décadas do século XX, aumentaram as enfermidades não transmissíveis, mentais e os vícios, como reflexo da urbanização e industrialização, ressurgindo enfermidades que pareciam controladas, tais como a tuberculose pulmonar, paludismo, cólera e dengue e, ao mesmo tempo, as infecções comuns e as enfermidades da nutrição e da reprodução que, em conjunto, conformam o atraso em saúde (MÉXICO, 2001a).

Das 10 principais causas de mortalidade geral no México, em 1999, as primeiras seis eram enfermidades do tipo crônico-degenerativas e, em 7º lugar, estavam as afecções perinatais, com 19.268 óbitos, representando 4,3% do total (INEGI, SSA /DGEI,1999 apud MÉXICO, 2001a). Em 2001, continuavam em 7º lugar as afecções originadas no período perinatal, tais como dificuldade respiratória do recém-nascido e outros transtornos respiratórios originados no período perinatal, representando 18.202 óbitos do total de 443.127 mortes por todas as causas. Dentre as causas de mortalidade infantil aparecia em 1º lugar, as afecções originadas no período perinatal, correspondendo a 35.911 óbitos, as afecções perinatais representava a 7ª causa de mortalidade geral no Estado (INEGI, 2002a).

Esta situação foi similar no Estado de San Luis Potosí, ocorrendo, em 2001, 357 óbitos por causas perinatais, representando a primeira causa de mortes em crianças menores de 1 ano (INEGI, 2002b).

Assim, as afecções perinatais são prioridade sanitária. A maioria das mortes ocorre na primeira semana do nascimento, metade delas no primeiro dia e as demais se distribuem de maneira decrescente nos seis dias restantes. Algumas causas são de origem materna, como nos casos de hipertensão, infecções e traumatismos; têm sua origem nos problemas da gestação e do parto, placenta prévia e parto podálico. Outras originam-se das afecções do recém-nascido como a icterícia, hemólises, hemorragia e problemas de membrana hialina e asfixia neonatal (MÉXICO, 2001a).

O México passou por dois processos relevantes, isto é, a redução da mortalidade geral e da mortalidade infantil e o declínio acelerado da fecundidade, sendo que a média do número de filhos por mulher na idade fértil reduziu progressivamente de 6 a 2,4 filhos nos anos de 1975 e 2000, respectivamente. Apesar dessa redução da taxa de fecundidade, calcula-se para o período 2000-2005, que o Sistema Nacional de Saúde atenderá 14 milhões de mulheres grávidas (MÉXICO, 2001a).

Consideramos que esta população será atendida em situação inadequada. Dados do PNS, 2001, mostraram que a porcentagem das mulheres que receberam atenção pré-natal variou de uma região para outra, sendo de 41% em Sonora (região norte) e 28% no Estado do México (região centro). A atenção hospitalar aos partos também variou em cobertura, por exemplo, em Aguascalientes, Baja California Sur, Quintana Roo, Colima, Coahuila, Distrito Federal, Sonora e Tamaulipas foi maior que 92%; em Chiapas, Guerrero, Oaxaca e Puebla é menor que 50%; além da diferença na cobertura, também variou na qualidade da assistência, já que em populações de alta marginalização somente 40% dos partos foram atendidos por pessoal qualificado. Assim, teoricamente, as mulheres grávidas

que dispõem de segurança social para a sua assistência e, portanto, têm acesso à medicina privada, seriam atendidas por pessoal qualificado; entretanto, haverá outras mulheres sem seguro social que serão atendidas no parto domiciliar pelas parteiras empíricas, parteiras ou outras pessoas. Este panorama da assistência perinatal sinaliza possíveis implicações e conseqüências para a assistência neonatal, portanto, a situação de maior vulnerabilidade do produto da gestação.

A taxa de mortalidade infantil é utilizada como indicador de saúde e desenvolvimento de um país, sendo relevante e sensível para mostrar a eficácia das ações de proteção do sistema de saúde. Em relação ao nível mundial, essa mortalidade decresceu marcadamente, entretanto, existem diferenças regionais. No período de 1990-1995, na América Latina estas taxas eram menores do que aquelas da África e Ásia, mas quatro vezes acima das regiões desenvolvidas - Europa e América do Norte (OPAS, 1994). Em 1998, países desenvolvidos apresentaram taxas de mortalidade infantil baixas, sendo de 4/1000 nascidos vivos (NV) no Japão, 5/1000 na Dinamarca, 6/1000 NV no Canadá e 7/1000 NV nos EUA (UNICEF, 2000).

No México, há diversidades regionais e temporais em relação à mortalidade infantil. Vandale, Rascón e Kageyama (1997), analisando as tendências da mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal no México, no período 1980-1990, constataram redução da mortalidade infantil de 40,4 para 31,1/1000 NV; a mortalidade pós-neonatal também decresceu enquanto que a neonatal permaneceu estacionária. Os autores mostraram que houve diminuição nas causas infecciosas, entretanto, houve aumento nas causas perinatais, anomalias congênitas e deficiências nutricionais.

Em 2001, a taxa de mortalidade infantil nacional foi de 13,0/1000 NV, mas

houve grandes variações regionais atingindo 20,6/1000 NV em Puebla (região sul) e 3,9/1000 NV em Durango (região norte); no estado de San Luis Potosí, a mortalidade infantil foi de 12,8/ 1000 NV (INEGI, 2002b).

Cabe salientar que uma das principais causas básicas ou associadas de óbitos no primeiro ano de vida é a prematuridade. Em países desenvolvidos, a prematuridade ou as condições a ela associadas responde com mais de 50% das causas de mortes de recém-nascidos (ALBERMAN; EVANS, 1992).

Nos Estados Unidos, estimou-se que o nascimento antes do termo afeta uma de cada dez gestações e é responsável por cerca de 75% das mortes neonatais que não são causadas por defeitos congênitos (SIMPSON, 1997). Dados do National Center Health Statistics mostram que, em 2002, aproximadamente 11% dos bebês nasceram prematuramente (BYERS, 2003).

Sabe-se da estreita relação entre o nascimento pré-termo e o baixo peso ao nascer (BPN) em países desenvolvidos, entretanto, há uma parcela significativa do BPN sem prematuridade, mas com déficit de crescimento intra-uterino. Se considerarmos que o BPN é um fator de risco para a mortalidade no primeiro ano de vida e na infância, bem como um indicador do estado de saúde de populações e de avaliação dos programas de atenção materno-infantil (OPAS/OMS, 1988), torna-se relevante conhecer sua incidência.

Os dados apresentados pelo CLAP, referentes ao período 1990-2001, mostram que a média do BPN foi de 8,1% do total de nascidos vivos, para a região Sul-americana e México, variando de 10% na Bolívia a 6% no Perú, sendo de 8% encontrada no México, Brasil e Uruguai. Para a região Centro-americana e o Caribe, a média foi de 10,1% a 10,7% (CLAP, 2002).

No Estado de San Luis Potosí, em 1999, foram registrados 41.871

nascimentos em hospitais, 8,5% (3.554) destes foram de BPN (MÉXICO, 2001a).

Tal incidência está no limite de aceitabilidade de 10% definido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância. Mas cabe destacar, que este segmento populacional está exposto a um duplo risco: o biológico, devido à imaturidade fisiológica, e o social, pela exposição aos ambientes empobrecidos com famílias de baixa renda (SCOCHI, 2000).

No México, a Comissão de Mortalidade Perinatal do Instituto Nacional de Perinatologia (COMOPER), que é um hospital de nível terciário, analisando a população atendida na instituição, verificou que no período de 1987 a 1997, a mortalidade fetal aumentou de 17,67 para 21,05/1000 NV; a mortalidade neonatal reduziu de 42,82 para 17,34/1000 NV. O incremento na mortalidade fetal deveu-se ao fato de atenderem mulheres com gravidez de alto risco. Os índices de mortalidade se comportaram em relação inversa à idade gestacional e ao peso ao nascer, sendo maiores entre aqueles nascidos com peso inferior a 1.500g e mais imaturos, isto é, com menos de 28 semanas de gestação (RIVERA et al., 1999).

As principais causas de óbitos nessa instituição foram de origem fetal, destacando-se a hipóxia anteparto e intraparto. Dentre as causas de óbitos neonatais, por origem materna, preponderaram a hipertensão arterial, ruptura prematura de membranas, incompetência ístmico-cervical e gravidez múltipla; entre as causas neonatais, destacaram-se a prematuridade, hipóxia intraparto, infecções congênitas e pós-natais e malformações congênitas (RIVERA et al., 1999).

Em San Luis Potosí, em 2001, a mortalidade neonatal foi de 5,8/1000 NV na primeira semana, 1,0/1000 NV na segunda semana, 0,5/1000 NV na terceira semana e 0,7/1000 na quarta semana; a mortalidade neonatal total foi de 8,1/1000 NV, muito similar àquela nacional que foi de 8,2/1000 NV (INEGI, 2002b).

No México, ocorrem 2,6 milhões de nascimentos anuais e aproximadamente 1% deles é de bebês prematuros menores de 32 semanas de gestação e menores de 1.500g. A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Infantil do México recebe mensalmente uma média de 30 recém-nascidos pré-termo, dos quais 15% são de muito baixo peso (MURGUÍA, 2004).

Com os avanços na tecnologia aplicada à assistência neonatal, houve aumento da sobrevivência desta população. O uso de ventiladores de pressão negativa, de pressão positiva e de alta frequência; equipamentos de monitorização de sinais vitais, gasômetros avançados, bombas de infusão, cirurgia corretiva do ducto arterioso, imagenologia, uso de cateteres e tratamentos como o surfactante pulmonar e a antibioticoterapia, dentre outras tecnologias, permitiram obter a sobrevivência de recém-nascidos cada vez menores, com um peso entre 500 e 700g, e obter sua viabilidade a partir da 24 semana de idade gestacional (VALENCIA, 1996).

Por outro lado, estes bebês permanecem de risco pelos pobres resultados em seu desenvolvimento neurológico, já que apresentam maior incidência de problemas motores, sensoriais e de desenvolvimento, que em parte, podem ser atribuídos aos cuidados recebidos na unidade de terapia intensiva neonatal (MARRESE, 1996; VALENCIA, 1996; SCOCHI, 2000).

Valencia (1996) refere que alguns destes sobreviventes têm boa qualidade de vida, mas há outros com displasia broncopulmonar, seqüelas de asfixia perinatal e de hemorragia ventricular, atraso psicomotor, cegueira, surdez, enterocolites necrosante e intestino curto secundário. Destaca ainda, que o excesso de cuidados faz sobreviver crianças de muito baixo peso que antes faleciam. O autor cita o estudo de Nickel e Stewart, 1982, com recém-nascidos menores de 1000g de peso, acompanhados até a idade pré-escolar, no qual encontraram índices de 51 a 81%

de normalidade e os demais apresentaram alterações incapacitantes graves que incluíam problemas neurológicos severos, deficiências visual e auditiva, displasia broncopulmonar e quociente de desenvolvimento médio de 82, quando assistidos com ventilador após o nascimento e de 102 sem ventilador; entre os menores de 750g e com antecedentes de apoio ventilatório, nenhum ficou livre de seqüelas.

Os dados apresentados nos permitem vislumbrar que os recém-nascidos pré-termo e de baixo peso têm maior risco de apresentar situações de enfermidade e mortalidade, o que influi em sua qualidade de vida e também, na adaptação dos pais e família à situação de seu filho, causando ainda, impacto de magnitude variável na situação de saúde coletiva e na economia de qualquer país.

Destacamos que apesar da notória diminuição nos índices de mortalidade infantil, para os sobreviventes ao nascimento prematuro e de BPN, a qualidade de vida dependerá de suas próprias condições biológicas, das condições assistenciais, familiares e sócio-culturais. Esse conjunto de condições de vida determinará os riscos da criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento, intensificados diante dos efeitos da pobreza, da marginalização e do analfabetismo ou baixa escolaridade materna.

No México, de 1950 a 2000, a mortalidade na infância abaixou quase 7 vezes, mas atualmente, sabe-se que uma quantidade significativa dos danos à saúde não se traduz em morte, mas sim em deficiências. Essas somam 1,8 milhões de habitantes, das quais 45,5% são deficiências motoras, 26,1% visuais, 16,2% mentais, 15,8% auditivas, 4,9% de linguagem e 0,7% de outros tipos (INEGI, 2000 apud MÉXICO, 2001a).

Para o estado de San Luis Potosí, em uma população total de 2.299.360

habitantes, registrou-se uma cifra total de 48.190 habitantes deficientes, sendo 20.443 deficientes motores, 14.198 visuais, 8.527 auditivos, 7.284 mentais e 2.610 com deficiências de linguagem (INEGI, 2000 apud MÉXICO, 2001a).

Em investigação que realizamos na cidade de San Luis Potosí, em 1987, constatamos que 9% da população de crianças em idade pré-escolar apresentavam dano neurológico mínimo relacionado à fatores de risco perinatal e que se expressam nesta idade, tais como incapacidades motoras ou neuromotoras, visuais e auditivas, entre outras (GALLEGOS et al., 1989).

Situação semelhante foi constatada pela Secretaria de Saúde, no ano de 2000, ao analisar os anos de vida saudável (AVISA), indicando que as principais causas de perda se deveram aos danos produzidos por causas perinatais (MÉXICO, 2001a).

Os danos constituem-se em morte que aparecem até os 24 anos de idade, assim no ano 2001, na faixa etária de 1 a 4 anos morreram 118 crianças por seqüelas perinatais tais como paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; na faixa etária de 5 a 14 anos ocorreram 266 óbitos e de 15 a 24 anos morreram 189 (INEGI, 2002a).

Além da vulnerabilidade dos bebês prematuros e de BPN, Scochi (2000) aponta que os riscos originados no processo terapêutico em unidades de cuidado intensivo neonatal, a utilização de procedimentos de alta complexidade e o longo período de internação, tornam essas crianças mais suscetíveis à infecções e outras enfermidades, situações que elevam ainda mais os custos sociais e emocionais da família, pois envolve muito sofrimento humano.

Byers (2003) afirma que os custos econômicos da assistência aos neonatos

com estresse respiratório e de extremo baixo peso são extremamente altos. Citando Kilpatrick e colaboradores, 1997, refere que o custo da assistência aos recém-nascidos de 24 a 28 semanas de idade gestacional é de USD\$ 196,000.00 a 280,000.00.

No México, a Dra. Teresa Murguía de Serra, chefe do serviço da neonatologia do Hospital Infantil do México, afirma que os prematuros precisam permanecer entre 2 e 3 meses hospitalizados, dos quais 1 a 1,5 mês em terapia intensiva, e esta atenção implica em um investimento de quase \$1.000.000 pesos (MURGUÍA, 2004), equivalente a US\$ 86,206.89.

A assistência médica a esta parcela populacional continua sendo um desafio e, atualmente, recomenda-se a prática baseada em evidências. Belizan (2001) cita exemplos claros quando analisa a administração de corticóides em gestantes com risco de parto prematuro, evidência apoiada em revisões de literatura da Europa, Estados Unidos e América Latina, se reporta um índice de uso de corticóides de 70% à 20%, sendo de 32% no México. O autor refere que se esta prática benéfica passasse 32% para 65% implicaria numa redução dos óbitos por prematuridade de 102.000 para 88.000, evitando 16.000 mortes por ano.

Concordamos com Scochi (2000) ao apontar que apesar da redução da mortalidade infantil, como tendência internacional nas últimas décadas, a problemática do BPN e da prematuridade continua sendo um desafio. Os riscos de morbidade e mortalidade e os danos no processo de crescimento e desenvolvimento da criança e os altos custos de assistência, quer econômicos quer sociais e emocionais, tornam o BPN e a prematuridade em problema de saúde pública.

Nosso particular interesse é com a atenção a este segmento populacional em

unidades neonatais, mais especificamente com a participação da mãe na assistência, pois é ela e a família que assumirão o cuidado domiciliar do filho, posteriormente à alta hospitalar, com todos os riscos a que estão expostos.

Para contextualizar melhor o tema de estudo apresentamos um panorama geral das transformações ocorridas nesta assistência, em diferentes momentos históricos.

## **2.2 Transformações na assistência ao recém-nascido prematuro e de baixo peso: um panorama geral**

O cuidado da criança seria analisado de forma incompleta se não considerarmos o seu acontecer histórico em diversos lugares e épocas, pelo qual trazemos alguns aspectos da assistência ao recém-nascido prematuro e de BPN, procurando compreender as transformações ocorridas e a tendência atual. Para tal, tomamos como base as publicações da área da saúde, e tentando demarcar uma síntese quanto ao objeto de estudo – participação da mãe no cuidado do filho prematuro em UN, trazemos em especial os estudos de Scochi (2000) e Krollman et al. (2002). A primeira autora analisa as transformações na organização do trabalho em diferentes momentos históricos articulada ao contexto social. O segundo autor, prioriza a análise das mudanças na tecnologia de cuidado, no período de 1962 a 2002, estabelecendo como recorte temporal o ano de 1983 para essas comparações.

Com vistas a compreender a origem do cuidado ao recém-nascido enquanto uma prática assistencial especializada, trazemos alguns dados sobre o desenvolvimento de Obstetrícia e da Pediatria, enquanto especialidades da área da

saúde, procurando incluir também algumas informações sobre a realidade no México.

Alguns autores apontam que a origem da assistência ao parto se reporta ao período neolítico, na etapa média da barbárie, caracterizada como um trabalho feminino executado pelas parteiras no domicílio das parturientes. Estas mulheres eram da confiança da mulher e da comunidade, reconhecidas pela experiência adquirida a partir da própria multiparidade e prática tocológica (SCOCHI, 2000).

Esta situação é similar ao que acontecia nos povos indígenas do México e é um costume ainda presente na atualidade, principalmente por referências verbais da clientela em idade reprodutiva atendida durante os períodos de ensino teórico-prático com os alunos do curso de graduação enfermagem, em maternidade, sob nossa supervisão docente.

Por muitos séculos, o parto foi concebido como um ato da vontade divina, representação esta substituída mais tarde pela noção de ser um ato comandado pelo próprio feto, cujo defensor foi Hipócrates que separou as idéias médicas, da religião (DELASCIO; GUARIENTO, 1981; REZENDE, 1988).

Durante os séculos I ao XI, a Medicina manteve-se nos mosteiros e, desta forma, a assistência hospitalar se limitava quase que exclusivamente às enfermarias anexas aos mosteiros e às hospedarias. Os monges, agentes dessa prática, se apoiavam fundamentalmente na regra Beneditina, que recomendava profundamente a assistência aos doentes; e na mesma Idade Média, nos séculos XI e XII, a Medicina gerou uma atitude científica radical onde o escolasticismo advogava pela incompatibilidade entre a fé e a razão (HERREMAN, 2001). Delascio e Guariento (1981) afirmam que a Obstetrícia ganhou destaque no século XII e eram os sacerdotes quem praticavam a ginecologia.

No período correspondente aos séculos XV e XVI, na Europa, o Renascimento se caracterizou por um impulso renovado para as humanidades e as artes, ocorreu uma reforma religiosa profunda, transformou-se o sistema feudal em estados, houve um alto crescimento demográfico, adotou-se o mercantilismo e ocorreram a descoberta e colonização de novas terras; negou-se o escolasticismo galênico na Medicina, transformando-se em uma atitude aberta para o empirismo e racionalismo (HERREMAN, 2001). Neste contexto, Scochi (2000) afirma que o Estado regulava e controlava o trabalho das parteiras a fim de incrementar a riqueza através do crescimento populacional. As primeiras regulamentações surgiram na Alemanha em 1452, na França em 1460 e Inglaterra em 1512, estabelecendo um conflito entre as parteiras e os cirurgiões.

Nos séculos XVI e XVII, a revolução científica produziu mudanças; ao se colocar o hospital como o lugar privilegiado de assistência, os cirurgiões ocuparam o lugar preponderante e as parteiras ficaram subordinadas ao médico e cirurgião, tendo que realizar curso a fim de obter licença para o exercício profissional (MELO, 1983).

Depois da revolução francesa, em 1789, iniciou um movimento de proteção social da saúde, através da promulgação da Declaração dos Direitos do Homem e da assistência social, incluindo aí a assistência médica. Também nesta época, na Inglaterra, depois da Revolução Industrial e a Revolução Agrária, houve mudanças na vida econômica com repercussão na estrutura social, o que traz uma nova ética ante os problemas da vida comunitária (SCOCHI, 2000).

Neste contexto, a Obstetrícia conformou-se como uma especialidade médica; os cirurgiões que eram acionados pelas parteiras em casos anômalos, envolveram-se cada vez mais com a tocologia instrumentalizada pelo conhecimento

anátomo-fisiológico e por técnicas cirúrgicas e obstétricas. A prática das parteiras foi, gradualmente, regulada e controlada pelo Estado (apud SCOCHI, 2000).

Essas práticas se transformaram para atender às necessidades mercantilistas do incremento da natalidade, por meio da redução das mortes maternas e dos neonatos. Militantes defendiam os direitos das crianças à vida e à liberdade; surgiram publicações contendo regras empíricas para o cuidado do neonato, dispensários para os pobres, enfermarias para parturientes e hospitais de parto (SCOCHI, 2000).

Com respeito à situação do México no período da colônia à independência, durante os séculos XVI ao XIX, os aspectos assistenciais se transformaram gradualmente, passando de prática essencialmente indígena à visão européia da época e à incorporação dos descobrimentos científicos da Medicina. Um aspecto relevante foi o papel preponderante do catolicismo que aliando-se à medicina oficial, considerou as práticas indígenas como pecaminosas e se dedicou a destruir sistematicamente os vestígios da cultura indígena.

A conquista significou, para o México, a situação de submissão à Espanha e, paralelamente, houve a migração dos indígenas para outras regiões de difícil acesso no território mexicano (montanhas, selva e desertos). Conseqüentemente, a saúde da criança ficou definida pelas condições políticas durante a colônia, bem como pela nova distribuição geopolítica das províncias; as crianças indígenas foram consideradas como a população mais vulnerável (RODRÍGUEZ, 1997).

No reinado da Nova Espanha se implantou o padrão peninsular médico, houve a organização do Protomedicato a partir de 1527 para a vigilância do exercício da Medicina; em 1542, as Novas Leis das Índias ampliaram suas funções e lhe atribuíram a responsabilidade da higiene, controle das farmácias, da saúde da

população mexicana e o estudo dos medicamentos nativos. O Protomedicato funcionou até 1832. Por outro lado, os precursores dos hospitais foram os missionários. Através dos concílios, foi ordenada à igreja mexicana a construção de hospitais próximos as igrejas e mosteiros; foram criados mais de 126 hospitais entre os séculos XVI e XVIII. Em 1532, foi fundado o Hospital da Santa Fé do México, o qual tinha um anexo para o cuidado dos infantes denominado *Hospital da Cuna*, onde os bebês eram alimentados por nutrizas assalariadas e atendidos em suas necessidades físicas e espirituais (RODRÍGUEZ, 1997).

Ainda, a maioria dos partos continuava com a atenção tradicional realizada no domicílio e atendido por parteiras; prática ainda presente na atualidade em comunidades indígenas.

Rodríguez (1997) afirma que a mãe, o curandeiro e o médico (nessa ordem) foram os curadores das crianças; além disso, do ponto de vista da atenção humanizada às crianças, na Nova Espanha, os missionários católicos foram os agentes mais importantes, derivando-se daí a ética e o humanismo da prática médica.

Em 1860, surgem os hospitais para assistência à criança doente, primeiro na Europa e posteriormente, nos Estados Unidos e na Alemanha, iniciando uma tendência à especialização em enfermidades da infância que culminaram com a criação da *American Pediatric Society*, em 1888 (WAECHTER; BLAKE, 1979).

No México, o primeiro hospital pediátrico foi inaugurado em 1893, no estado de San Luis Potosí, e, em 1896, iniciou a publicação dos *Anais do Hospital Infantil de San Luis Potosí* sendo a primeira revista pediátrica do país e uma das primeiras iberoamericana. Este hospital funcionou somente até o ano 1900. Nas duas décadas subseqüentes apareceram o *Hospital de Caridad para los Niños*, em

Puebla, e o *Hospital Juárez*, na cidade do México. Tudo isso teve uma influência forte da Europa, especialmente da França, repercutindo no tipo de construção dos hospitais, além das escolas alemãs, austríacas e italianas e, de maneira incipiente, as escolas norte-americanas que formaram pediatras mexicanos (ÁVILA; FRENK, 1997).

As transformações na atenção materno-infantil foram impulsionadas pelo cenário social com risco de despovoamento nas nações onde as bases da economia capitalista mundial se edificaram. Nas últimas décadas do século XIX, declinou acentuadamente as taxas de natalidade, mas a mortalidade continuava elevada, tornando mínimo o excedente de nascimentos sobre as mortes (SCOCHI, 2000).

Cabe assinalar que o século XVIII foi um marco com relação à infância, reconhecendo-a como uma etapa distinta e com características próprias do desenvolvimento humano, conferindo à criança certa individualidade, que passou a ter um mundo próprio, separado do mundo dos adultos (SCOCHI, 2000).

No século XIX, na Europa Ocidental, institucionalizou-se a prática médica científica, com o surgimento da Ginecologia, Pediatria e Neonatologia como especialidades. A profissão das parteiras e da Enfermagem tornou-se subordinada à Medicina, que se tornou hegemônica (SCOCHI, 2000).

O Movimento de Proteção à Maternidade e à Infância, impulsionado por essas questões demográficas e populacionais e pelas necessidades econômicas dos países capitalistas, recebeu importante contribuição da Bacteriologia e Nutrição, subsidiando ações dirigidas ao combate das enfermidades mais prevalentes na infância, no período pré-natal e puerpério. O hospital, com seu ambiente sob controle sistemático, passou assim a constituir-se, também, em espaço para

tratamento, através do isolamento (ROCHA, 1990; SCOCHI, 2000).

A Obstetrícia ampliou as tecnologias de assistência ao parto e a atenção pré-natal teve grande desenvolvimento na França, Inglaterra e Estados Unidos. Nas duas primeiras décadas do século XX, o pensamento médico aproximava a saúde materna à da criança, culminando com a concepção do binômio mãe-filho, sintetizada na saúde materno-infantil dentro do Movimento de Proteção à Maternidade e à Infância (SCOCHI, 2000).

Com relação à assistência neonatal, até por volta de 1880, os hospitais que prestavam atenção ao parto não dispunham de berçários. Os recém-nascidos eram alojados junto às mães que os amamentavam e lhes proporcionavam cuidados, atuando por instinto (PIZZATO; DA POIAN, 1982).

Quanto ao prematuro, apesar de não se esperar que sobrevivessem, havia algumas iniciativas isoladas de desenvolvimento de tecnologias de cuidado, como a construção das primeiras incubadora pelo obstetra francês Tarnier, em 1880. Tal avanço foi impulsionado pelo conhecimento gerado a partir das duas grandes revoluções sociais e pela necessidade de se reduzir as mortes entre as crianças pequenas. As estatísticas vitais apontavam a prematuridade com uma das causas principais da elevada mortalidade infantil (SCOCHI, 2000).

Foi Budin, discípulo de Tarnier, quem criou o primeiro ambulatório de puericultura para seguimento dos bebês que ajudava a nascer, no Hospital Charité de Paris, em 1892. Sua prática incorporava o controle do crescimento da criança, a orientação e supervisão da mãe para o aleitamento natural, o estímulo ao contato precoce da mãe com o recém-nascido pré-termo e doente, para facilitar e estimular a lactação materna, mas quando insuficiente, utilizava o aleitamento misto ou artificial. O foco do cuidado ao prematuro era a prevenção das enfermidades

infeciosas, a alimentação e a termorregulação. Com a sistemática implantada, Budin reduziu a mortalidade em 20% (SCOCHI, 2000). Devido sua atuação profissional, investigações realizadas e livros publicados, foi considerado o primeiro neonatologista e perinatologista da era moderna (KLAUS; KENNEL, 1995).

No final do século XIX e início do século XX, Martin Couney, um dos alunos de Budin, conseguiu evitar a morte de cerca de 5.000 prematuros com o uso de incubadoras, em quatro décadas. A tecnologia de cuidado, apesar de separar a mãe do filho, constituiu em grande sucesso clínico e comercial pois cobrava ingressos nas exposições realizadas em diversos países, instalando-se posteriormente na Couney Island (GORDON, 1984; KLAUS; KENNEL, 1995). Com a institucionalização da assistência ao prematuro, houve o desenvolvimento de pesquisas, estudos controlados e específicos, impulsionando o surgimento da especialidade médica de Neonatologia (SCOCHI, 2000).

No início desse mesmo século XX, se instalaram berçários junto às maternidades para isolar todos os recém-nascidos, visando reduzir os riscos de infecção e contaminação; evitava-se a manipulação desnecessária e proibiam as visitas, inclusive da própria mãe (PIZZATO; DA POIAN, 1982; KLAUS; KENNEL, 1995).

A partir da década de 20, foi expandindo a criação de centros de prematuros em vários países, alguns seguindo os preceitos de Budin e outros de Couney. A finalidade do trabalho nesses locais era promover a sobrevivência de bebês debilitados em sua adaptação à vida extra-uterina incluindo, posteriormente, também os recém-nascidos a termo, e assim reduzir a mortalidade infantil e recuperar a força de trabalho em países industrializados, face ao perigo de despovoamento (SCOCHI, 2000).

No México, já na década de 20, apareceram as maternidades com a idéia de eliminar alguns dos problemas perinatais mais importantes e, além disso, colocar em vigor a *Lei de Strauss*, que implica no amparo à mulher grávida que trabalha, dando um mês de repouso prévio e outro posterior ao parto.

Ao se identificar os recém-nascidos pré-termo ou imaturos como os mais frágeis, de maior risco de enfermidade e morte e, portanto, aqueles que, requerem cuidados especiais, na década de 40, estabeleceram-se no México serviços ou departamentos de prematuros seguindo o esquema norte-americano (DÍAZ DEL CASTILLO, 1987).

O desenvolvimento da Perinatologia teve como foco de estudo a mãe e o filho desde a vigésima semana de gestação até o vigésimo oitavo dia de vida extra-uterina; sendo assim, na década de 50, a epidemiologia da reprodução e o conhecimento sobre os fatores incidentes na mortalidade perinatal fundamentaram o conceito de risco perinatal. Foram criadas as incubadoras e realizadas observações acerca da antibioticoterapia e da associação da vitamina K com a hiperbilirrubinemia. Na ocasião tinha-se como preceito que o prematuro era extremamente lábil e tinha excesso de água, motivo pelo qual se prescrevia jejum mais prolongado quanto menor o peso ao nascimento e, registrava-se o manejo mínimo, que chegou ao exagero de alguns de interpretá-los como *não tocar* (DÍAZ DEL CASTILLO, 1987).

Nos Estados Unidos, na década de 40, os estudos desenvolvidos por Ethel C. Dunham subsidiaram a prática clínica para avaliar os cuidados ao recém-nascido a termo e prematuro, destacando a necessidade de atenção multiprofissional e do controle federal na atenção materno-infantil. Seu sucessor na autoria do livro sobre o cuidado do prematuro, William A. Silverman, trouxe importantes contribuições no

uso de processos controlados em centros de prematuros com vistas à redução da fibroplasia retrolental e da perda de calor corporal do prematuro, entre outras descobertas (SCOCHI, 2000).

Os progressos tecnológicos ocorridos no período posterior à Segunda Guerra Mundial impulsionaram o desenvolvimento da indústria médico-hospitalar e as investigações sobre aspectos fisiopatológicos da gestação, do feto e do recém-nascido, repercutindo em avanços no processo de diagnóstico e terapêutica e, conseqüentemente, na redução da mortalidade perinatal e neonatal (SCOCHI, 2000).

No Encontro anual da Academia Americana de Pediatria, em 1947, foi discutido o programa para o desenvolvimento e provisão de cuidados aos recém-nascidos a termo e prematuros. Destacou-se o papel do governo federal na proteção dos recém-nascidos, investigando as estatísticas vitais das populações como nascimentos, mortalidade de menores de um ano, as tendências de nascimentos e a proporção de hospitalizações neonatais, que servissem de apoio para tomar decisões para o planejamento dos berçários, de acordo com as necessidades de áreas físicas, incubadoras, berços em relação aos leitos de maternidade, número de elementos e treinamento para a equipe de saúde, entre outros.

No final da década de 40 e início da década de 50, destacou-se a importância de padrões para os centros de prematuros, tais como: a proporção numérica enfermeira por paciente, o uso de luz ultravioleta para purificar o ar, o espaçamento entre os berços, o uso de máscara pela equipe, os cubículos de enfermaria e os estudos de laboratório para a equipe que proporcionava atenção. Dentre as preocupações encontravam-se as causas das epidemias de infecções no berçário e

a atenção ao prematuro, tendo como meta a redução da mortalidade no primeiro ano de vida. Na atenção ao recém-nascido a termo recomendou-se a participação materna e seu treinamento e o contato inicial pós-parto dentro das primeiras 8 a 24 horas. Coube às enfermeiras a responsabilidade por orientar as mães, favorecer a relação emocional mãe-filho, incentivar o aleitamento materno e ministrar orientação sobre cuidados com a alimentação e higiênicos, incluindo a demonstração do banho do bebê. Aos médicos cabia informar sobre a condição clínica do bebê, sua evolução e detalhes da alimentação. Essas diretrizes de atendimento contrapõem-se à concepção do recém-nascido como “bebê automático”, pois enfoca que o neonato sente as influências e reage ao mundo, apesar de não pensar (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1947).

Surgiu também o alojamento conjunto ou *rooming-in* definido como um ambiente hospitalar onde o bebê é colocado em um berço ao lado da cama materna, com vistas a estimular à mãe no cuidado precoce do filho e favorecer o relacionamento entre ambos. A recomendação para a implementação desse sistema teve como base os estudos das áreas psicossomática, psicodinâmica e da psicologia comportamental, os quais mostraram os efeitos nocivos da separação precoce entre a mãe e o filho sobre a saúde mental e o desenvolvimento da personalidade. Além disso, outros estudos apontavam para o risco de infecção cruzada devido à concentração de recém-nascidos nos berçários, a falta de vagas e a escassez de recursos humanos (PIZZATO; DA POIAN, 1982). Gradualmente, o alojamento conjunto foi implantado nas maternidades de diversos países e está presente nos hospitais públicos do México que atendem ao grupo materno-infantil.

Entretanto, para o recém-nascido pré-termo, as recomendações para a atenção não incluíam a mãe; os centros de prematuros eram construídos dentro do

princípio de proteção de infecções, foram concebidos como um local *sanctum sanctorum* (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1947).

A partir da década de 50, implantaram-se centros regionalizados de atenção perinatal (SWYER, 1984) sob a política de racionalização de recursos e com o enfoque de risco. O uso do conceito de risco na assistência à saúde, particularmente na área materno-infantil, surgiu a partir da década de 60 nos Estados Unidos, inserido no movimento denominado Medicina Comunitária, priorizando os grupos vulneráveis para danos à saúde ou de risco (ALVARENGA, 1994).

Nesta perspectiva, as organizações governamentais e científicas preconizaram a rede da atenção perinatal, inicialmente com a regionalização dos hospitais que dispunham de centros de prematuros e, posteriormente, com a hierarquização dos serviços perinatais por nível de complexidade crescente de cuidado para atenção ao grupo materno-infantil de baixo, médio e alto risco. Os antigos berçários passaram a ser classificados em unidades neonatais de nível I, II e III (SCOCHI, 2000).

A Academia Americana de Pediatria e o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, em conjunto com outras instituições, elaboraram programas para a melhoria do cuidado e das instalações hospitalares perinatais e publicaram manual, que teve revisão sistemática e constante a partir de 1947. Seu conteúdo versa sobre termos pré-natais e perinatais; preceitos sobre características das instalações de unidades para recém-nascidos a termo e pré-termo, alojamento conjunto e bancos de leite; recursos humanos; materiais e equipamentos; normas de assistência médica dividida em cuidados imediatos, mediatos e gerais; problemas de emergência; prevenção de infecções; assistência de enfermagem e a organização

da rede de serviços em base regional integrada segundo os níveis de risco (baixo, médio, alto), visando à redução da morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal (AMERICAN ACADEMY OF PAEDIATRICS; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 1992).

Nas instalações físicas houve a compartimentalização dos locais, com sala de observação, isolamento, sala para recém-nascidos normais, de prematuros, alojamento conjunto, cozinha dietética e salas para assessoria, demonstrações e instruções à mãe.

A partir da década de 70, ao focar o cuidado progressivo, trocaram-se essas denominações para as áreas de ressucitação/estabilização, admissão/observação, unidades para recém-nascidos, cuidado contínuo, cuidado intermediário, cuidado intensivo, isolamento e serviços de apoio.

Para Scochi (2000), a instalação e expansão das modernas unidades de cuidado intensivo neonatal, equipadas com alta tecnologia e recursos humanos especializados, constituiu-se em um dos marcos de assistência na Neonatologia, repercutindo em maior sobrevivência de bebês cada vez menores e imaturos. Para o manejo dessa tecnologia de cuidado, atendendo às necessidades fisiológicas e psicossociais do prematuro e sua família, tornou-se necessário o trabalho de uma equipe multiprofissional.

No México, as unidades de cuidados intensivos neonatais expandiram-se, gradualmente, nos hospitais de segurança social e outros públicos, onde o foco especial de interesse foi o prematuro, do ponto de vista clínico e fisiopatológico e a prevenção e o controle de infecções. Assim, na década de 60, os serviços de neonatologia estavam dedicados à atenção de prematuros, atendendo as clássicas exigências norte-americanas de constituir salas de isolamento para grupos de

crianças visando a prevenção de infecções e a alta desses bebês sem a ameaça delas, além de atender às necessidades da população atendida (DÍAZ DEL CASTILLO, 1997). Entretanto, os centros e serviços de atendimento aos prematuros excluía a presença materna, justificada pelo risco de infecção.

Esta situação de separação materna ainda prevalece na atualidade nos hospitais do México, exceto naqueles que promoveram o programa de mãe participante ou mãe acompanhante, os acreditados como hospitais amigos da criança e da mãe, aqueles que implementaram a metodologia mãe canguru ou permitem a visita dos pais em horários pré-estabelecidos, embora não tenham a participação da mãe de maneira sistematizada.

Especificamente no manejo do bebê prematuro, no México, encontramos uma publicação de Valencia Salazar (1996) que aborda as investigações realizadas no Instituto Nacional de Pediatria, localizado na cidade do México, o qual é um importante centro de atenção de alta complexidade e de formação de recursos humanos na área de Pediatria e subespecialidades, entre elas a Neonatologia. Afirma que os avanços tecnológicos, a vigilância obstétrica, o melhor conhecimento da fisiopatologia perinatal e os tratamentos farmacológicos, nos últimos 40 anos, contribuíram para melhorar a sobrevivência dos prematuros. Refere-se à experiência da instituição no processo de alimentar o prematuro, quando na década de 60, foi criado o banco de leite humano, além das inovações terapêuticas ocorridas a partir daí e os estudos realizados, resultando na redução dos índices de mortalidade neonatal. Apesar da maior sobrevivência dos prematuros, registra-se o aumento das deficiências físicas e mentais dessas crianças, além dos problemas da relação mãe-filho e família em desarmonia.

Essas deficiências aumentaram a preocupação dos profissionais com a

qualidade de vida dos sobreviventes e expressaram as necessidades de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, de acompanhamento em longo prazo e de mudança no modelo de atenção. Nesta perspectiva, o cuidado que antes se centrava na recuperação biológica do prematuro transformou-se para incluir a família, o afeto, o vínculo, o acolhimento, o desenvolvimento integral e a qualidade de vida da criança, ampliando as bases teóricas no processo saúde-doença e cuidado. A partir do conhecimento produzido nas ciências humanas e sociais, o paradigma biotecnológico foi substituído pelo holismo, na busca de uma assistência mais integral, individualizada e humanizada (SCOCHI, 2000).

No México, a proposta de organização da rede de atenção perinatal por níveis de complexidade crescente surgiu na década de 80, na qual os serviços médicos deveriam outorgar uma atenção integral, oportuna, acessível e eficaz mediante um procedimento administrativo ou níveis de atenção e que cumprissem as seguintes funções não concernentes à saúde materno-infantil:

- Primeiro nível de atenção - primeiro contato com a gestante, a partir de atividades de medicina preventiva e vigilância da gravidez, assim como o controle precoce e adequado das enfermidades intercorrentes. É realizado em unidades médicas urbanas e nos programas de saúde familiar.
- Segundo nível de atenção - implica nos cuidados necessários para o bem-estar do feto, tanto na gravidez e parto normal, como em alguns problemas de gravidez de alto risco. Atende ao recém-nascido sadio e com problemas de prematuridade e desnutrição intra-útero.
- Terceiro nível de atenção – conta com serviços de especialização médica, resolvem os problemas perinatais de especialidades como Cirurgia, Cardiologia,

Genética, Imunologia, Endocrinologia, Neurocirurgia, entre outras. Utiliza métodos de diagnóstico e terapêuticos de alta tecnologia, justificáveis para diminuir a mortalidade materna, perinatal e neonatal (FAJARDO, 1979; JASSO, 1983).

Nessa década, o Departamento da Neonatologia tinha três áreas de trabalho: assistencial, ensino e investigação. As seções se organizavam em seções de cuidados intensivos de infectados e não infectados, cuidados intermediários e seção de incubadoras (peso menor que 1.800g) e de berços (peso maior que 1.800g). Tinha um sistema de fluxo, geralmente, do cuidado intensivo ao intermediário e, depois, à seção de incubadoras, tendo como critérios as condições clínicas e o peso corporal (JASSO, 1983).

Krollmann et al. (2002), analisaram as transformações do cuidado em unidades neonatais, nas quatro últimas décadas, apoiando-se no critério dos paradigmas prevalentes nas diferentes épocas e descrevendo os principais acontecimentos e elementos que caracterizaram o cuidado. Os países que adotaram em parte ou totalmente os paradigmas dos Estados Unidos para o manejo e instalação de unidades neonatais, com certeza verão refletida em sua própria realidade estas transformações, como é o caso do México, país onde os pioneiros do cuidado neonatal apoiaram suas decisões nas normas e experiências dos Estados Unidos e França. Os autores analisaram o paradigma e os principais acontecimentos relativos ao diagnóstico, terapêutica e ao cuidado, em dois períodos (1962 a 1982 e 1983 a 2002), os quais apresentamos sinteticamente.

Os departamentos de cuidados, antes denominados de Sala de Prematuros e de Unidade de Cuidados Intensivos do Recém-Nascido, passaram a chamar-se Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, a partir de 1983. Entre as intervenções

pré-natais no primeiro período, apontam-se o uso de álcool para tocólises, esteróides anteparto, as transfusões intra-uterinas abdominais, a vacina Rhogam; havia poucas possibilidades de gravidez múltipla, o parto de mãe diabética resolvia às 37 semanas de gestação para evitar o risco de perda fetal e era realizado o monitoramento fetal por amniocentese. Posteriormente, aparecem as drogas tocolíticas, o departamento de alto risco obstétrico, esteróides mais agressivos de doses semanais, transfusões intra-uterinas por cordocentese, decresce a isoimunização, aumenta a proporção gravidez múltipla, aperfeiçoa o controle diabético, desenvolve a monitorização fetal através de monitor de fluxo sistólico, perfil biofísico, vigilância monitorada e ultra-som de terceira dimensão.

Entre as causas mais freqüentes de admissão em unidades neonatais, antes de 1983, encontram-se os recém-nascidos por parto cesariano, a admissão de alguns recém-nascidos pré-termo segundo critério do obstetra (recém-nascido menor de 28 semanas não era considerado viável) e casos de eritroblastose fetal e hiperbilirrubinemia. As malformações congênitas, trauma de nascimento, sepsis, aspiração meconial, depressão respiratória secundária a drogas maternas, síndrome de estresse respiratório eram causas de admissão. Depois de 1983, admitem-se recém-nascidos menores de 24 semanas de gestação, de muito baixo peso, de até 400g (considerados viáveis); diminui a incidência de eritroblastose fetal e de hiperbilirrubinemia, entretanto ocorre readmissão por hiperbilirrubinemia; decresce a incidência de malformações e de trauma graças ao monitoramento pré-natal e diagnóstico pré-natal; incrementa a vulnerabilidade neonatal, a sepsis pela maior possibilidade de sobrevivência de recém-nascidos de 23 a 26 semanas de gestação; decresce a incidência e severidade da aspiração meconial; ocorre o aperfeiçoamento da analgesia e anestesia materna; maior ocorrência de estresse

respiratório pela idade gestacional cada vez menor; decresce a incidência de diabetes materna e suas complicações, graças ao controle pré-natal.

A termorregulação antes de 1983 se apoiava no uso das caixas de aquecimento *Gordon Armstrong*, na incubadora *Air Shields Isolette*, os berços de calor radiante e nos berços de aquecimento *Serracin*. Após o ano 1983, aparecem os colchões de água quente, incubadoras de parede dupla e berço aquecido servo-controlados.

A nutrição por fluidoterapia, no período de 1962 a 1982, se caracterizou pelo uso da via subcutânea, punção de veias com butterfly, bombas de infusão e cateteres umbilicais e nutrição parenteral total. Após este período, administram-se lipídeos, usam-se angiocaths, acesso venoso central de inserção periférica e bombas de infusão para volumes pequenos.

A nutrição enteral antes de 1983 era por preparação e esterilização de mamadeiras pelo departamento de nutrição. O uso da alimentação orogástrica intermitente, do jejum por 12 a 24 horas depois do nascimento e da alimentação progressiva de água destilada, foi substituído pelo uso de fórmulas de prematuro ricas em proteínas e pelo uso freqüente de fortificantes como os triglicerídeos e a policosa. Depois de 1983, prepara-se o leite com as precauções universais, administrada em dose de alimentação por sonda naso/orogástrica ou alimentação contínua, a alimentação era iniciada de acordo com o estado clínico do neonato, utilizando fórmulas de 24 a 28 calorias por onça, fortificantes do leite humano, microlipídeos e suplementos protéicos.

A alimentação do neonato por lactação, antes de 1983, era artificial ou de leite maternizado de vaca, já que a lactação materna era impopular. Havia bancos de leite e doadoras de colostro e bombas manuais de extração do leite.

Posteriormente, inicia-se a promoção da lactação materna, aparecem os especialistas em aleitamento materno e as bombas elétricas de extração.

Na avaliação do crescimento, antes de 1983, utilizava-se o peso como indicador; posteriormente, usam-se os gráficos de crescimento, peso, estatura, circunferência cefálica e há a participação de nutricionistas na equipe.

Quanto à assistência respiratória, antes de 1983, usavam-se a monitorização de oxigênio mediante o monitor transcutâneo; a monitorização eletrônica para o cuidado respiratório com os eletrodos subcutâneos e logo os não invasivos; a análise de gases por método de extração capilar; uso de ventiladores limitados por pressão; entubação contínua e pressão positiva e a sucção com técnica estéril; fármacos como o bicarbonato de sódio, vitamina C oral, teofilina, mucolíticos e albuterol. Após esse período, a monitorização de oxigênio passa a ser realizada através da oximetria de pulso; eletrodos com gel hidrófilo; os exames hematológicos e químicos passam a ser feitos na unidade neonatal; inicia-se o uso dos ventiladores de alta frequência, ventiladores de suporte oscilatório, volume e de pressão; disponibilidade de sucção em linha para reduzir as taxas de infecção; os fármacos usados são a cafeína, o dipropionato de beclometasona, e inicia-se a terapia com o surfactante exógeno e com óxido nítrico.

Um paradigma muito importante é o cuidado desenvolvimental, que antes de 1983 não era prioritário, inexistindo intervenções dirigidas à luminosidade, ao ruído, à posição, ao toque e à redução da dor; exceto os travesseiros de água que tem seu uso iniciado em 1960, as figuras em branco e negro e a aromaterapia na década de 70 e estimulação mínima nos anos 80. A seguir, passa-se a considerar as avaliações e intervenções individualizadas e inserem-se na equipe os especialistas em desenvolvimento como o terapeuta físico e ocupacional; modifica-se a

luminosidade, com ênfase nas atividades diurnas, mediante o uso de uma coberta sobre as incubadoras; reduz-se o ruído; utilizam-se as mudanças de decúbito, o cuidado canguru e o manejo da dor no recém-nascido, com o uso das escalas de avaliação e dos analgésicos e sedativos.

O cuidado desenvolvimental consiste em uma filosofia de cuidado que implica no repensar as relações entre a criança, a família e os profissionais da saúde. Inclui uma variedade de atividades para o manejo do ambiente e individualidade do cuidado ao bebê prematuro, apoiado em observações da conduta do bebê, com a meta de promover sua estabilidade, organização comportamental e competência tanto quanto possível. O uso de estas estratégias ajuda a conservar a energia para o crescimento e desenvolvimento do neonato (BYERS, 2003).

Os componentes desse cuidado do prematuro são: manejo do ambiente (redução do ruído e da luminosidade), posição de flexão (para simular a posição intra-uterina), agrupar os cuidados (para promover o descanso), sucção não-nutritiva, cuidado canguru, atividades que promovem a auto-regulação e a regulação de seu estado; o cuidado centrado na família e a promoção do vínculo pais-filho (BYERS, 2003).

Um levantamento realizado por Ashpaugh e Leick-Rude, 1999, (apud Byers, 2003) mostrou que 64% das unidades de cuidado intensivo neonatal, nos Estados Unidos, tinham implantado o cuidado desenvolvimental e 24% estavam em fase de planejamento para sua implantação.

Quanto a inserção e preparo da família para o cuidado em UN, até meados de 70, os pais dos bebês só podiam visitá-los em horários específicos e observá-los pelo visor da unidade neonatal. Utilizavam aventais e máscaras, o desenho das salas era pequeno, linear e comportava seis leitos que abarrotava e dificultava o

trabalho da equipe; não se tinha avaliado o toque integral e a educação aos pais era realizada por ocasião da alta, cujo critério era o peso (2.250g). Após a década de 80, liberam-se a visita dos pais para os filhos internados na UN; fortalece-se a interação com os pais; aparece o cuidado canguru; planeja-se o alta desde a admissão; desenvolve-se um ambiente amigável para a família; usa-se roupa personalizada para o bebê; modifica o desenho da unidade, com espaço para cada leito/incubadora de 3,70X1,50m e insere-se desenhos especiais no ambiente; participam da equipe os especialistas certificados em toque terapêutico; a educação aos pais é prioritária e se inicia na admissão; aparecem os fluxogramas e ocorre a transição para o alojamento conjunto; o bebê sai de alta com acompanhamento da equipe de oxigenoterapia, oximetria, alimentação orogástrica e monitores de apnéia; para a alta precoce o peso não é o único critério, mas a segurança das indicações (KROLLMANN et al., 2002).

Para Lamy (1995), o processo de humanização da atenção nas unidades de cuidados intensivos neonatais iniciou a partir das contribuições da Psicologia e Psiquiatria Infantil, ao questionar a separação mãe-filho, além dos avanços tecnológicos que possibilitaram o maior controle das enfermidades infecciosas.

Esse instrumental proveu as bases teóricas que culminaram com a introdução dos pais nas unidades neonatais, cujos marcos apresentamos a seguir.

### **2.3 A participação da mãe na assistência ao prematuro na unidade neonatal: marcos históricos para o cuidado**

Historicamente, o cuidado à criança foi responsabilidade materna mas, com o processo de hospitalização das crianças doentes, a família foi excluída da

assistência, conduta justificada tendo por base o conhecimento disponível em cada momento histórico. As transformações nessa assistência foram instrumentalizadas pelos estudos nas áreas das ciências humanas e sociais.

Tendo como interesse o cuidado de prematuro em unidades neonatais, na perspectiva da participação materna e familiar, abordamos a seguir os marcos históricos que sustentaram as transformações da assistência nessa direção.

No final do século XIX e início do século XX, na França, Budin permitia a presença das mães junto a seus filhos, o maior tempo possível, com vistas a estimular a lactação materna. Além da questão alimentícia do bebê, fundamentava essa conduta com base em suas observações que constatavam a perda do interesse das mães por seus filhos que não puderam cuidar ou proteger. Apesar de suas ações dirigidas ao estabelecimento do vínculo mãe-filho, Budin tinha dificuldades nessa assistência e relatou: *“desgraçadamente... algumas mães cujas necessidades elas não satisfizeram e pelas quais perderam todo o interesse, a vida do pequeno foi salva, é verdade, mas não à custa da mãe”* (KLAUS; KENNEL, 1970, p.1016).

Scochi (2000) apreende uma contradição nessa assistência, pois embora a mãe tivesse sido inserida no cuidado do filho, o êxito da sobrevivência do prematuro era atribuído ao processo terapêutico, centrado na fragilidade biológica do pequeno ser. Nesse modelo de atenção, a autora interpreta que a presença da mãe tinha como objetivo principal a garantia do leite materno para nutrir um bebê com grande risco de morte.

Por outro lado, o discípulo de Budin, o inglês Martin Couney, excluiu totalmente as mães da assistência ao prematuro, muitos deles foram recebidos de outros países, pois não se acreditava em sua sobrevivência. Tal conduta era parte do

conjunto de medidas para evitar a disseminação de infecções. Couney encontrou dificuldades em persuadir as mães para receber os filhos de volta (KLAUS; KENNELL, 1995; SCOCHI, 2000).

Segundo Pizzato e Da Poian (1982), esses métodos assistenciais constituíram-se em marco histórico para a separação da unidade mãe e recém-nascido e na primeira barreira ao binômio mãe-filho.

A mãe, que anteriormente amamentava o filho prematuro, passou a ser vista como uma ameaça à fragilidade dele e como fonte de infecções, sendo, portanto, impedida de manter contato com ele, olhando-o apenas através do vidro do berçário (SCOCHI, 2000).

Nas décadas de 30 e 40 e depois da II Guerra Mundial, na época da reconstrução da Europa, começou-se a estudar a respeito dos efeitos da separação e/ou privação materna sobre o desenvolvimento e personalidade da criança, a partir do que acontecia nos adultos criados em orfanatos. A exemplo citamos a *depressão anaclítica*<sup>2</sup> descrita nos estudos clássicos encontrados na área de Psicologia e Psiquiatria Infantil, destacando-se os de Spitz, em crianças separadas de suas mães por morte ou hospitalização, sem um substituto adequado. Descreveu quadros de transtornos emocionais e de conduta, a *depressão anaclítica* e a hospitalização que deixavam conseqüências de atraso no desenvolvimento da personalidade (SCOCHI, 2000).

Outras contribuições sobre o desenvolvimento emocional do indivíduo e o comportamento dos pais foram apresentadas por Winnicott que através de suas observações encontrou e descreveu um estado mental especial da mãe no período perinatal, desenvolvendo uma sensibilidade muito aumentada e com foco sobre as

---

<sup>2</sup> *Depressão anaclítica*, descrita por Spitz e traduzida por um quadro de perda gradual de interesse pelo meio, perda ponderal, comportamentos estereotipados (tais como balanceios) e, eventualmente, até morte (BALLONE, 2003).

necessidades de seu bebê. Ele mostrou que este estado de preocupação maternal primária se inicia próximo ao final da gravidez e continua por poucas semanas após o nascimento de seu bebê (KENNELL; KLAUS, 1998).

A mãe necessita de apoio afetivo e ambiente protetor para desenvolver e manter este estado. Esta preocupação especial e a atitude de abertura da mãe para com seu filho são fatores chave no processo de criação do vínculo.

No estado de preocupação maternal primária, a mãe está melhor preparada para sentir e prover o que seu recém-nascido sinaliza, sendo esta sua função primária. Se ela sentir as necessidades e respondê-las de um modo sensível e oportuno, mãe e bebê estabelecerão um padrão de interações sincronizadas e mutuamente compensadoras.

Winnicott tem a hipótese de que na medida em que o binômio mãe-bebê continue este padrão no dia-a-dia, o bebê tenderá a desenvolver um apego seguro, com habilidades reforçadas por outras pessoas conhecidas que dele devam cuidar e o desejo de explorar e dominar o ambiente quando estas pessoas estão presentes. De certo modo, a criança se torna um otimista em vez de pessimista. As características de um apego seguro que se apresenta com 1 ano de idade, geralmente, persistem ao longo da infância e da vida adulta (KENNELL; KLAUS, 1998).

Tendo como base esses estudos e aqueles sobre efeitos negativos da separação precoce do binômio mãe-filho, questionou-se o rigor do isolamento com a exclusão materna nas unidades neonatais e passou-se a recomendar uma assistência mais pormenorizada e o aleitamento materno em livre demanda para o adequado desenvolvimento emocional da criança e da personalidade na vida adulta (PIZZATO; DA POIAN, 1982).

Outro marco na atenção à criança internada, foi o trabalho de John Bowlby (1954), consultor em Higiene Mental na OMS. O autor elaborou um relatório sob os auspícios dessa instituição como contribuição ao Programa das Nações Unidas, a favor da infância sem lar. Para tal, percorreu vários países da Europa, além dos EUA, para discutir o tema com os especialistas e, ao ler seus trabalhos e investigações, encontrou um alto nível de coincidência entre os princípios fundamentais da saúde mental da infância.

No relatório publicado em sua primeira edição em 1950, a segunda em 1952 e a terceira em 1954, pela OPAS/OMS, dedica a primeira parte do mesmo à análise dos efeitos contraproducentes da privação dos cuidados maternos. Abordamos aqui as causas das perturbações mentais e alguns estudos que Bowlby utilizou para apoiar seu ponto de vista.

O autor afirma que, entre as décadas 40 e 50, a Psiquiatria e a Psicologia se orientaram em problemas da infância relacionados à evidência de que a natureza dos cuidados proporcionados pelos pais da criança em sua infância é de fundamental significado no futuro de sua saúde mental. Afirma que:

*Geralmente se considera essencial para a saúde mental do recém-nascido e de curta idade, o calor, a intimidade, e a relação constante da mãe (ou quem com caráter permanente a substitua) no que ambos encontram satisfação e gozo (BOWLBY, 1954, p. 13).*

Nesta relação mãe-filho é que os psiquiatras e os profissionais de áreas afins acreditam que se encontra a origem do desenvolvimento do caráter e da saúde mental. A ausência desta relação se denomina *privação maternal*, situação em que se enquadra a criança que foi separada da mãe ou, que mesmo dispondo da presença materna, não recebe o amor e cuidados maternos. É em instituições, residências infantis e hospitais da época, onde Bowlby afirma que o estado de privação da criança é quase absoluto, pois não tem quem lhe cuide de forma

individualizada para se sentir segura e protegida (BOWLBY, 1954).

Refere os resultados de três tipos de estudo, com os quais fundamenta seu ponto de vista. No primeiro deles se encontram os estudos de observação direta, por exemplo, os achados do Bakwin, 1949, quem realizou uma revisão da literatura pediátrica desde 1909 e encontrou que:

*As crianças de menos de seis meses que permaneceram por algum tempo em uma instituição, apresentam um quadro perfeitamente definido. Os problemas característicos mais salientes são: falta de atenção, enfraquecimento e palidez, relativa imobilidade, quietude, falta de expressividade diante de estímulos como o sorriso e o aconchego, inapetência, insuficiente aumento de peso, embora se alimente com dietas que no lar se considerariam perfeitamente adequadas, evacuações freqüentes, sonho desassossegado, certa aparência de infelicidade, propensão a estados febris transitórios e ausência do hábito da sucção, as mudanças se percebem desde a segunda e quarta semanas de vida (apud BOWLBY, 1954, p. 19).*

Nos estudos do tipo retrospectivo, Spitz e Wolf, em 1946, confirmaram experimentalmente a resistência a sorrir das crianças separadas de sua mãe; Gesell e Amatudra, em 1947 notaram a diminuição do interesse e da reatividade entre 8 e 12 semanas de idade. Brodbeck e Irwin, em 1946, observou que as crianças que estiveram em uma instituição, nos primeiros 6 meses de vida, eram menos expressivas do que as que viviam em ambiente familiar, percebendo-se esta diferença já aos dois meses de vida (apud BOWLBY, 1954).

Salienta Bowlby que, na década de 30, os primeiros investigadores usaram como critério de avaliação da criança o Coeficiente de Desenvolvimento (CD), o qual inclui o desenvolvimento físico e mental, obtendo uma média de 90 a 110. Analisa vários estudos, entre eles o de Durfee e Wolf, que compararam o CD de 118 recém-nascidos de várias instituições divididos em dois grupos segundo ter ou não a atenção materna. Apesar de não encontrarem diferenças antes dos três meses de idade, houve aumento progressivo das diferenças, de tal maneira que as crianças

acolhidas por instituições por mais de 8 meses no primeiro ano de vida mostravam perturbações psiquiátricas agudas que não podiam nem ser submetidos à prova (apud BOWLBY, 1954).

Em 1945, Spitz e Wolf também avaliaram um grupo de crianças e constataram que a quarta parte estava passando seu primeiro ano de vida em uma instituição e que os níveis do CD diferiam: no grupo de criação institucional descendia progressivamente dos 4 aos 12 meses de idade, iniciando com um CD de 124, aos 12 meses estava em 72 e aos 2 anos em 45, o que corresponde a um atraso grave. Estas crianças viviam restritas a seu berço durante todo o dia. Outros estudos também citados por Bowlby (1954) confirmam este achado.

Os achados dos estudos retrospectivos citados por Bowlby, coincidem em seus achados acerca das características de personalidade que vão se confirmando na criança separada, como a dificuldade para estabelecer relações de amizade, conduta agressiva, conduta sexual precoce, o roubo, a mentira, às vezes de caráter fantástico, a falta de reação emotiva e a superficialidade nos afetos.

Goldfarb, 1947 (apud Bowlby, 1954) encontrou incapacidade nas crianças para formar conceitos. Os estudos subsidiaram o trabalho de Bowlby (1954) para a explicação de alguns processos psicológicos subjacentes a personalidade. As conclusões a que chegaram os especialistas, na década dos 50, coincidiram sobre a importância da relação da mãe com o filho, especialmente no primeiro ano de vida.

Outro acontecimento que demarca a assistência à criança hospitalizada foi o relatório Platt, elaborado pelo Comitê de Bem-estar de Crianças Hospitalizadas designado em 12 de junho de 1956, pelo Conselho Central de Serviços de Saúde do Departamento de Saúde e Segurança Social da Inglaterra. O presidente do Comitê, Sir Harry Platt, entregou o relatório em 28 de outubro de 1958, acompanhado de

uma carta dirigida ao presidente do Conselho, onde afirma sua convicção de que este movimento era um novo conceito do cuidado às crianças hospitalizadas. Esta prova litográfica foi publicada posteriormente pelo governo britânico (ENGLAND, 1959).

Para elaboração do relatório foi realizado um estudo especial das disposições estabelecidas nos hospitais para o bem-estar das crianças doentes. Para isso consideraram as informações obtidas em forma escrita e oral e convidaram 29 organizações e quatro destacados especialistas para sua realização. O Conselho Central de Serviços de Saúde já contava com antecedente quanto promoção das visitas hospitalares à criança e que teve como objetivo divulgar as autoridades dos hospitais, entre 1949 e 1956, recomendações a respeito da visita diária permitida aos pais e a preparação para a admissão da criança.

O relatório também se apoiou na evidência recebida de organizações que representavam o ponto de vista dos pais, além das estatísticas de censos e dos hospitais da época.

Consta do documento que nos 50 anos anteriores ao estudo já se observavam mudanças no cuidado da criança no lar e na escola e que, assim mesmo, os pais já adotavam atitudes mais sensíveis e liberais do que no passado, de acordo com as necessidades emocionais da criança e que, desde 1948, já havia serviços de saúde domiciliários, incluindo o médico familiar.

Além da ampliação da consciência sobre as necessidades da criança, houveram mudanças na relação do hospital com a comunidade e os padrões de tratamento médico, sendo que o mais importante era o bem-estar da criança hospitalizada e que ao ser internada, não tinha por que encontrar um ambiente muito diferente ao de seu lar.

O relatório contém os fundamentos nos quais se apóia a proposta e recomendação a respeito da organização hospitalar, como o elenco de procedimentos apoiados nas necessidades especiais das crianças, além de especificar como deve ser feita a sua preparação para a admissão, recepção, internação e alta hospitalar.

Sintetizamos a seguir, estas recomendações, priorizando aquelas relativas à participação dos pais, que é nosso foco no presente estudo.

Recomenda-se que antes de hospitalização da criança, se considerem alternativas, tais como o cuidado domiciliar e a cirurgia ambulatorial. Caso precise de internação, prover as condições de infra-estrutura necessárias para acomodar também a mãe do bebê, com sala de espera, cafeterias, espaços para a preparação de mantimentos e refeitórios infantis.

Para a organização, desenho e pessoal de hospital, deve-se dar especial atenção à enfermaria de pediatria, por exemplo, para aquele seriamente infectado teria que contar com um quarto separado.

A admissão e recepção da criança no hospital devem incluir os pais, fornecendo todas as informações necessárias. E já na internação, as recomendações são divididas por grupos etários: menores de 5 anos, de 5 a 12 anos e adolescentes. No caso do primeiro grupo, cujo contato emocional com os familiares adultos é mais estreito, deve-se propiciar a participação da família no cuidado e evitar a manipulação excessiva da criança por parte da equipe.

As recomendações do relatório eram direcionadas a grupos especiais, sendo que no caso dos pacientes que permanecem por longotempo hospitalizados, recomenda considerar os problemas gerados que se geram a partir da separação prolongada de seu lar e de seus pais e ajustar-se às necessidades da criança

hospitalizada. Aponta a necessidade de procurar alternativas conjuntas para amenizar os efeitos da separação quando os pais não podem permanecer no hospital com o filho.

Propõe-se a visita irrestrita dos pais, permitindo-lhes permanecer nas enfermarias por um período razoável durante o dia e de acordo com as condições dos locais. Segundo o relatório três aspectos principais justificavam restrições da visita: o temor de que os visitantes pudessem introduzir infecções, a crença de que é melhor para a criança não ser visitada e a expectativa de que os visitantes interferiam na rotina da enfermaria. Quanto ao risco de infecções, é citado um estudo da British Paediatric Association, realizado por Watkins e Lewis Fanning, em 1949, o qual revelou que não havia conexão entre os visitantes e as infecções cruzadas. Em outra referência de 1952, Moncrieff e B.M.J., com as experiências de visitas freqüentes, demonstraram que o temor pelas infecções cruzadas é geralmente sem fundamento.

O relatório resume os argumentos a favor da visita irrestrita, da seguinte forma: a criança é muito mais feliz, tem menos tensão; as mães com mais filhos em casa ajustam suas visitas e o pai também; as mães que apóiam o cuidado hospitalar se encontram muito mais relaxadas e menos apreensivas e as relações com a equipe e os pais é mais amigável e informal.

Os argumentos contrários são defendidos pela equipe, em relação à dificuldade em cumprir de suas obrigações é decorrente do aumento do ruído, desordem do ambiente, limitação do ensino nas visitas da equipe, as crianças não visitadas sentem-se abandonadas e as visitas podem dar lugar a divergências entre os indivíduos (ENGLAND, 1959).

As recomendações para o pessoal de enfermagem se referem a sua

sensibilidade e preparação em relação às funções e dificuldades da paternidade. Considera-se a enfermeira a figura principal para o manejo de pais e crianças (ENGLAND, 1959).

Duas décadas depois, Swanwick (1983), tutora do Hospital for Sick Children, em Londres, analisou o relatório Platt e coloca que a partir de suas recomendações obtiveram lucros até os inícios da década de 80. Cita Bowlby e o relatório Platt como marcos na assistência à criança hospitalizada apontando a relevância dos pais junto a ela; destaca o apoio das Nações Unidas a esta filosofia.

Em 1961, foi fundado, nos Estados Unidos, uma organização de pais denominada *National Association for the Welfare of Children in Hospital* (NAWCH), a qual trabalhou por duas décadas. Seus membros originais foram pais que tinham tido experiências adversas com seus filhos hospitalizados e decidiram trabalhar conciliando as relações dos pais com a equipe. Ofereciam informações, conselhos, publicavam folhetos de preparação da criança para a hospitalização, organizavam conferências e estimulavam pesquisas.

Alguns anos depois do relatório Platt, o NAWCH considerou a situação nos hospitais decepcionante. Os efeitos das recomendações foram pequenos principalmente para o pessoal de enfermagem (SWANWICK, 1983).

Merece destaque também, o estudo de Owen (1960), enfermeira norte-americana que trabalhava no Centro de Orientação Familiar da Escola de Saúde Pública, de Harvard, que estava sob a direção de Gerald Caplan. Em estudo de caso com duas famílias, descreveu as reações dos pais diante do nascimento de um filho prematuro. Sabia-se que a situação de prematuridade colocava a família em um período de desorganização que a levava a mobilizar esforços e a um certo padrão de sentimentos, por exemplo que o bebê não tinha tido o tempo para seu

desenvolvimento, a mãe poderia se deprimir ao sentir que tinha falhado em sua responsabilidade de continuar a gravidez até o termo e ter comprometido a oportunidade dele sobreviver. Tais sentimentos se manifestavam no período considerado crítico - primeiras 48 a 72 horas.

A enfermeira encontrou que as famílias respondem e confrontam a situação de ter um filho prematuro de maneira bastante diferente. Os pais dos bebês só os observavam pela janela, pareciam-lhes *jaulas*, sua relação com a equipe era de caráter informativo, a enfermeira informava do ganho de peso e o médico a evolução clínica. Cita que:

*As rotinas do hospital não permitem o contato físico entre o bebê prematuro e seus pais, e pode de fato desanimar o oferecimento de informação e a expressão de sentimentos, sob a justificativa de que alguém evitaria preocupar à mãe (OWEN, 1960, p. 1118).*

Com relação a assistência ao prematuro, Barnett et al. (1970), na Califórnia - Estados Unidos, fizeram um estudo piloto para determinar a viabilidade de mudanças no processo de cuidado, com base no estudo dos efeitos de separação interacional no período neonatal, sobre as condutas maternas. A 41 mães foi permitido entrar na sala de prematuros, tocar e interagir com seus bebês nas incubadoras, a partir do segundo dia de vida. Foi demonstrada a viabilidade de admitir as mães de prematuros na sala sem aumentar o risco de infecções ou de interromper a organização do cuidado ao bebê. Os argumentos a favor e contra a inserção da mãe em sala de prematuros são similares aos referidos no relatório Platt.

A investigação de Barnett et al. (1970) teve sua base etológica em estudos da conduta maternal em mamíferos não humanos, que sugeriram que o grau de interação permitida entre mãe e filho no período pós-parto, influenciaria mais tarde o apego materno e o desenvolvimento do filho. Fundamentou-se ainda, nos

descobrimientos das décadas de 40 a 60, apoiados na literatura sobre a separação materno-infantil em humanos; e em relação à especificidade do prematuro trouxe como base de sustentação que os componentes da interação mãe-filho mais afetados pela separação são a sincronia e duração do contato, as modalidades sensoriais de interação e a natureza da interação no cuidado.

Barnett et al. (1970) fundamentando-se na publicação de Moore (1968), a respeito da separação de animais mãe e filhote na primeira hora pós-parto, que produz distúrbios e até efeitos irreversíveis, extrapolaram ao ser humano esses efeitos e levantaram a hipótese que o pós-parto pode ser o período máximo sensitivo para a mãe, portanto, a separação pode não permitir o desenvolvimento do apego materno.

Os autores sugeriram cinco níveis de privação interacional: I (não privação), II (privação parcial), III (privação moderada), IV (privação severa) e V (privação completa). Os componentes desses níveis de privação classificaram-se em três tipos: duração da privação (tempo completo, parte do tempo e nenhuma privação); as modalidades sensoriais de interação (todos os sentidos, somente o sentido visual e nenhuma interação) e a natureza de interação no cuidado (completo, parcial e nenhum cuidado).

As modalidades sensoriais de interação são importantes para o desenvolvimento da criança, como por exemplo, o contato visual mãe-filho, que no caso do prematuro era impedido, pois a mãe só o via de longe, nessa década.

Os autores confeccionaram uma segunda categorização, na qual combinaram esses níveis de privação com o tempo de nascimento (do primeiro dia até a nona semana de vida), o local de nascimento (domicílio ou hospital) e a idade gestacional (a termo e pré-termo). Assim, obtiveram cinco categorias por níveis de

privação: não privação (nascimento a termo de parto domiciliar), privação parcial (nascimento a termo hospitalar e com alojamento conjunto), privação moderada (nascimento a termo hospitalar sem alojamento conjunto), privação severa (nascimento prematuro hospitalar permitindo-se a presença da mãe na sala de prematuros) e privação completa (nascimento prematuro hospitalar mas não se permitindo a entrada da mãe na sala de prematuros).

No início da década de 70, algumas estratégias foram utilizadas para estimular os aspectos emocionais das crianças, entre elas o contato precoce pele a pele, cujo valor na comunicação entre mães e bebês foi amplamente divulgado por Marshall H. Klaus e colaboradores. Os resultados dos estudos mostraram os efeitos no relacionamento, na frequência e duração da lactação, e até os sentimentos de confiança materna quanto a sua capacidade de cuidar de seu filho depois da alta hospitalar, apontando para a importância do cuidado materno aos bebês internados (KENNELL; KLAUS, 1998).

Em diferentes momentos e países, tiveram-se situações de tratar de estabelecer ou dar continuidade ao vínculo materno e/ou da família com o filho hospitalizado. Temos um exemplo claro e fundamentado na geração de uma modalidade de cuidado ao prematuro e de baixo peso a partir da proposta dos médicos Edgar Rei Sanabria e Héctor Martínez Gómez, da Universidade de Remará, Colômbia, no ano de 1979, de atender a essas crianças mediante um programa que consistia na colocação dos bebês no peito da mãe, em uma posição vertical, para proporcionar calor e amamentação. O referido programa foi denominado Método Mãe Canguru por sua semelhança com este animal, que carrega sua cria na bolsa ventral para continuar sua maturação. É definido como:

*O contato precoce pele a pele, prolongado e contínuo (conforme as*

*circunstâncias permitam) entre uma mãe e seu recém-nascido de pouco peso (RNBP), no hospital e mantido depois da alta precoce (dependendo das circunstâncias) até pelo menos 40 semanas de idade pós-natal, de forma ideal com amamentação exclusiva e acompanhamento adequado (CATTANEO et al., 1998, p. 6).*

Cattaneo et al. (1998) apresentam as recomendações úteis para a implementação do Cuidado Mãe Canguru como uma estratégia que contribui para a humanização da assistência neonatal e para um melhor vínculo mãe e filho, tanto em países pobres como em países ricos. Com base nesta premissa, os representantes de vários países se reuniram no período de 24 a 26 de outubro de 1996, em Trieste, Itália, para discutir a efetividade, a segurança, a aplicabilidade e a aceitabilidade deste tipo de atenção em diferentes tipos de localidades, das menos especializadas às de mais alta especialização.

Dentre as vantagens dessa metodologia de cuidado, demonstraram que reduz a mortalidade severa, a reinternação dos bebês e a necessidade de equipamentos caros e sofisticados, evita hipotermia e infecções; contribui para a humanização do cuidado neonatal e para um melhor vínculo entre a mãe e seu filho de baixo peso ao nascer; permite que a mãe confie e seja competente no cuidado do bebê no hospital e depois no domicílio e, pela sua simplicidade, é possível de ser aplicado em quase todos os locais. Três tipos de locais são apontados: maternidades de primeiro e segundo nível de atenção, em países de recursos muito limitados; maternidades de segundo e terceiro nível, com recursos limitados; e maternidades e unidades de atenção neonatal de segundo e terceiro nível, em lugares de recursos amplos e taxas de mortalidade infantil menor de 15/1000 NV.

Recomenda-se que os recém-nascidos sejam agrupados em três grupos, de acordo com seu peso ou aparência, isto é, maior ou igual a 1.800g ou maiores, de

1.200 a 1.799g ou médios e menores de 1.200g ou muito pequenos. Tal agrupamento justifica-se pelos problemas, tipo de cuidado, papel e possíveis benefícios do cuidado mãe canguru diferirem grandemente entre eles (CATTANEO et al., 1998).

Atualmente, o cuidado canguru está difundido em vários países, adotando-se a metodologia segundo a disponibilidade de recursos locais e a filosofia assistencial. Para uma atenção mais adequada nesse novo modelo de atenção para a saúde, Scochi (2000) recomenda a preparação dos profissionais com conhecimentos em psicologia familiar, apego e vínculo mãe-filho, relacionamento interpessoal, técnicas educativas e direitos humanos.

No México, a implantação do método mãe canguru foi restrita a algumas experiências pontuais, como a do Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), na cidade de San Luis Potosí.

No caso do Hospital de Pediatria do Centro Médico Nacional do IMSS, na cidade do México, na década de 80, havia a participação materna e da família, sem ter implantado o método canguru. A trabalhadora social (TS) tinha a seu cargo obter uma comunicação melhor entre a equipe de saúde, o paciente e sua família. As atividades consistiam em manter a família informada sobre problemas e dificuldades no cuidado da criança, e orientar os pais em medidas higiênicas, preventivas e corretivas com a criança. Essa profissional era a encarregada de casos individuais, do manejo do núcleo familiar com base na entrevista e, também, responsável pela formação de grupo terapêutico e condução de programa de treinamento aos pais dos bebês da unidade de cuidados intensivos neonatais.

No ingresso do paciente era a TS quem estabelecia a primeira aproximação da família com a instituição, buscava estabelecer e acrescentar a relação médico-família-paciente para proporcionar maior confiança e tranquilidade aos pais.

Durante a participação materna, a TS realizava atividades para fomentar a comunicação efetiva mãe-filho; mantinha-se integrada à equipe de saúde, mediante reuniões periódicas, elaboração de planos e programação de atividades e coordenava os cursos de treinamento teórico (áudio-visuais) e práticos aos pais sobre a importância das medidas higiênicas, alimentação ao seio materno e artificial, a relação afetiva com seu filho, prevenção de enfermidades como gastroenterocolites, importância das imunizações e do planejamento familiar.

O bebê tinha alta da unidade de cuidado intensivo neonatal ao completar 1.900g; a participação materna consistia em escutar as informações e possível ajustamento através da consulta externa. Quando a criança se incorporava ao domicílio, dava-se continuidade à vigilância do grupo familiar com entrevistas subsequentes e orientação geral. Fazia-se acompanhamento do caso, no Serviço de Reabilitação Nutricional, para preparar às mães primigestas em temas como: o cuidado a criança (alimentação ao seio materno, preparação de mamadeiras e higiene, desenvolvimento - formas de choro e comunicação, o que fazer ao adoecer - manejo de diarreia, vômito, febre, tosse, preparação de soros orais, como verificar a temperatura e prevenção da desnutrição); planejamento familiar e alimentação da mulher grávida e em período de lactação. Também se determinava quando se deviam fazer visitas comunitárias ao domicílio da clientela (JASSO, 1983).

O Instituto Nacional de Pediatria, na cidade do México, é uma instituição de terceiro nível de atenção que conta com a tecnologia, a infra-estrutura e os protocolos e programas específicos para a assistência à criança doente. Nessa

instituição realizei um curso de especialização em Enfermagem Pediátrica, na década de 80 e assisti às práticas requeridas em diferentes serviços por especialidades médicas, um deles foi o serviço da Neonatologia, onde através de minha estada pude constatar que existia a prática comum da visita e permanência da mãe e, em ocasiões, do pai do bebê internado no serviço, incluindo o de pré-termo. A mãe colaborava no cuidado, realizando alguns procedimentos, tais como o banho dentro ou fora da incubadora, dependendo da estabilidade térmica, alimentação e estimulação tátil e auditiva. Além disso, a mãe recebia orientações da equipe, especialmente do médico e da TS; em sessões fora da sala ou dentro da mesma, a enfermeira se encarregava de orientar a mãe. Para o processo da alta preparava-se a mãe com as orientações básicas do cuidado e observação no lar e se agendava para consultas de valoração e acompanhamento do bebê.

Em 1984, o CLAP começou um estudo apoiado em observações das primeiras interações entre a mãe e o bebê, as quais foram videofilmadas; a idéia surgiu a partir do estágio de Díaz Roselló na Universidade de Case Western Reserve, USA, junto com Marshall Klaus e John Kennell. Posteriormente, teve-se a publicação de um livro sobre as primeiras interações da mãe e seu bebê, com terceira edição em 1993. Dentre as contribuições e reflexões apresentadas no livro, trazemos os comentários de dois reconhecidos especialistas da área.

Palácio Espasa, psiquiatra, psicanalista, médico chefe do Serviço de Orientação Infantil e docente da Faculdade de Medicina de Genebra, expressou seus comentários na publicação em língua espanhola do livro a respeito das interações mãe-bebê como um campo relativamente recente, na ocasião, e que incluía já os pais no nível de prevenção primária, para evitar que surja transtorno de personalidade na criança, e de prevenção secundária, tratando de instaurar

terapêuticas precoces. Mostrou também, como um bebê está preparado para se inter-relacionar com o mundo exterior por meio da dotação de capacidades sensoriais, perceptivas e de equilíbrio, da coordenação e organização da experiência para se relacionar com outros, em especial com a mãe. Desta maneira, o bebê deixou de ser considerado como um ser passivo, e este conhecimento outorga sentido e humaniza os comportamentos espontâneos dele. Além disso, mostrou como a mãe deve se ajustar às atividades do bebê em função de suas necessidades manifestadas de forma mais ou menos explícitas (apud DÍAZ et al., 1993).

Palácio situa o período desde a gravidez até o primeiro ano de vida do filho, como em uma fase crise na qual há uma *reorganização das identidades*, o que torna este período de alto risco. A mãe se apóia na existência do bebê para reencontrar na relação com ele, vínculos perdidos com objetos reais ou do passado. Este contexto de crise é fonte de vulnerabilidade, mas também de possibilidade de mudanças maturacionais, o que serve de ponto de apoio para o terapeuta conhecer as diversas relações mãe-filho e se sua significação é estruturante ou patogênica. A partir daí, o terapeuta pode fundamentar sua intervenção visando mudar as condutas maternas *aberrantes*, apoiadas na ignorância ou na angústia, que pode surgir em situações de solidão e desamparo (apud DÍAZ et al., 1993).

Em 1991, Hoffmann, psicanalista e vice-presidente regional para a América Latina da Associação Mundial de Psiquiatria da Primeira Infância, comentou em relação à publicação antes referida pelo CLAP, que além da pertinência do idioma, os autores desenvolveram não uma mera descrição das condutas do bebê e da mãe, mas sim uma visão que permite conhecer as facetas até então desconhecidas das teorias das relações objetais, que orienta à compreensão de como se

constroem as relações no dia a dia e na interação da mãe e o filho e como o bebê contribui sobre os comportamentos maternos (apud DÍAZ et al., 1993).

Na década de 90, em Los Angeles, Califórnia - Estados Unidos, Kurdahi (1993) avaliou nas mães mexicanas que vivem nos Estados Unidos, a confiança para cuidar de seus filhos de baixo peso e/ou prematuros. Utilizou como instrumentos *The Maternal Confidence Scale* e *The Boston City Hospital Assessment of Parental Sensitivity* (BCHAPS), para o componente comportamental da confiança materna, e *The Maternal Confidence Questionnaire* (MCQ) para apoiar a investigação de dados que foram aparecendo com escalas prévias. Os achados mostraram que não houve diferença na confiança percebida pelas mães de prematuros em comparação às mães de filhos nascidos a termo; resultados surpreendentes, pois outros estudos mostraram o contrário.

Em relação aos resultados desse estudo, a autora discute a possibilidade de as mães mexicanas não sentirem que o nascimento de uma criança prematura seja mais estressante ou diferente do que o nascimento de um bebê a termo, bem como a possibilidade de as mães dos recém-nascidos de baixo peso terem recebido maior suporte social da família e amigos e apoio informal das enfermeiras da unidade neonatal do que as mães de filhos a termo, resultando em um aumento do sentimento de confiança. A partir dessas reflexões, a pesquisadora recomenda outros estudos com amostragem maior e prospectivos para elucidar os resultados encontrados. Acrescentamos aí, a necessidade de contemplar os aspectos culturais (KURDAHI, 1993).

Apresentamos algumas bases do que acontece quando o bebê permanece junto a sua mãe, extraídas de uma publicação sueca de Christensson et al. (1995),

com a qual pretendemos mostrar mais justificativas da razão de ser de nosso interesse em promover a interação mãe-filho no momento de nascer.

O choro do bebê é interpretado em todas as culturas como um sinal de vitalidade, mas durante o desenvolvimento da criança ele pode ser interpretado como um sinal de desconforto. Por meio de espectrografia sonora se pode mostrar que o choro pode ser de vários tipos, por fome, dor e desconforto diante de certas práticas assistenciais. Com base nestes conceitos, um estudo na Suécia realizou a gravação do choro de três grupos de bebês: com contato físico com a mãe no pós-parto, com ausência desse contato físico e, o último, com ausência de contato e depois em contato materno. Os resultados foram analisados e discutidos visando encontrar um equivalente com o que acontece com os mamíferos de diferentes espécies, como os sinais de angústia quando se submetem à separação.

Os achados mostraram as diferenças entre os três grupos: os bebês nos berços choraram por mais tempo e, ao serem levados ao contato materno, reduziu a duração do choro; os bebês que permaneceram todo o tempo em contato materno choraram muito menos. A temperatura do bebê foi mais alta no grupo de contato materno. Foi avaliado se os níveis de colecistoquinina (CCQ) e de oxitocina nos bebês se comportavam diferente e assim nos três grupos foram determinadas ambas as substâncias em duas ocasiões. Os investigadores justificaram esta determinação da CCQ e oxitocina com base em experimentos realizados em animais, nos quais era injetada CCQ em ratos e se demonstrou que estas substâncias permitiam a liberação de oxitocina e suprimiam a angústia de separação, já que se pensava que os circuitos neuronais controlavam a angústia da separação e deveriam estar sob controle neuroquímico e, assim, os sistemas opióides deveriam estar envolvidos (CHRISTENSSEN, 1995).

Entretanto, os pesquisadores suecos não observaram mudanças nos níveis da CCQ e ocitocina nos bebês, todavia, consideraram que ainda persiste a possibilidade de que o contato com o corpo materno provocou a liberação central destes peptídeos, mediando a resposta de conforto dos bebês.

Ao final da década de 80 e início da década de 90, o UNICEF, a OMS e outras organizações iniciaram o movimento chamado Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), preconizando 10 passos para o incentivo do aleitamento materno. Na ocasião, já havia reivindicações das mães para mudanças no cuidado de recém-nascido em maternidade, pois estavam preocupadas com o fato de serem separadas de seus filhos em vez de colocá-los em seu peito. Desta forma, surgiram investigações que apoiavam a mudança. A IHAC se expandiu por todo mundo e vários hospitais receberam este título, processo ainda presente na atualidade.

Levin (1999), pediatra neonatologista do Hospital Infantil de Estônia, critica o fato dessa iniciativa não contemplar os recém-nascidos pré-termo, que até a década de 90 continuavam separados da mãe, sem amamentação e alojamento conjunto.

Esta situação foi discutida em um seminário em São Petersburgo, em agosto/setembro de 1993, quando se apontou que também é importante e possível amamentar os bebês de baixo peso ao nascer e doentes. Esses bebês freqüentemente são privados de amamentação e de outros fatores naturais como o contato constante com a mãe. O autor cita a tendência gerada naquela década para a humanização da medicina de alta tecnologia, trazendo exemplos de publicações sobre o uso dos colchões de água quente, em 1988, o contato pele a pele com a mãe, em 1991, e o método canguru, na década de 90 (LEVIN, 1999).

Assim, Levin (1999) apresenta uma proposta que, além de apoiar as

justificativas já analisadas em nível mundial, representa um passo no avanço da humanização da assistência ao recém-nascido prematuro. Sugeriu o uso de 11 passos:

1. *Deve-se propiciar que a mãe permaneça com seu bebê doente 24 horas ao dia.*
2. *Cada membro da equipe deve dar atenção às mães e bebês e deve ser capaz de lutar com aspectos psicológicos.*
3. *A equipe deve promover a amamentação para todas as mães e ensinar as técnicas de retirada de leite do peito.*
4. *Deve-se reduzir o estresse psicológico da mãe durante todo o período de tratamento.*
5. *Não se deve dar ao recém-nascido qualquer outro alimento além do leite materno, a não ser que seja clinicamente indicado.*
6. *Se o bebê não pode sugar, o leite materno deve ser dado por sonda e preferivelmente pela mãe.*
7. *O número de provas e exames deve ser reduzido ao mínimo.*
8. *O contato entre mãe e bebê, pele a pele, olho a olho, deve ser usado tão logo seja possível e deve-se reduzir o uso dos equipamentos médicos no cuidado infantil.*
9. *A terapia agressiva deve ser reduzida ao mínimo.*
10. *A mãe e o bebê devem ser considerados como um estreito sistema psicossomático. As visitas diárias da equipe devem contemplar não somente o bebê, mas também à mãe e isso inclui um ginecologista e outros especialistas.*
11. *Durante uma permanência hospitalar prolongada deve-se permitir a visita de familiares (pai, avós, outros que ajudem) à mãe e ao bebê (LEVIN, 1995, p. 4).*

Na Primeira Conferência Anual sobre Resolução do Conflito, realizada em São Petersburgo, em 1994, o autor propôs que as unidades para recém-nascidos doentes devam ter uma denominação ampliada - Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado; à frente do movimento devem estar médicos, enfermeiras e as mães destas crianças.

Por quase três décadas houve um especial interesse sobre o vínculo pais e filhos, com a esperança de que uma melhor compreensão deste relacionamento

pudesse resultar em aperfeiçoamento das rotinas de atenção perinatal e em redução da incidência de desordens familiares, tais como abuso infantil, negligência, falta de crescimento e abandono da criança. Os resultados de investigações proporcionam fortes evidências para a necessidade de importantes mudanças nas práticas perinatais relacionadas ao processo de vínculo afetivo (KENNELL; KLAUS, 1998).

Consideramos que é importante trazer algumas definições que confirmam ou justificam a adoção de novas estratégias/práticas na assistência neonatal: vínculo refere-se à *união emocional dos pais em relação ao filho*; apego, em geral, é usado para a *união dos filhos com os pais*. O vínculo pode ser definido como um relacionamento único entre duas pessoas, que é específico e persiste com o passar do tempo. O vínculo pais-filho pode persistir durante longos períodos de separação e de distância, embora os sinais evidentes de sua existência não estejam aparentes (KENNELL; KLAUS, 1998).

O período sensitivo na esfera biológica é o dos primeiros minutos, horas ou dias de vida e que podem alterar o comportamento posterior dos pais com a criança. Em biologia, um período crítico se refere a um período circunscrito durante o qual um acontecimento embriológico ou um comportamento se desenvolve; caso nesse período não se estabeleça o vínculo pais-filho, geralmente não poderá ser recuperado posteriormente. Entretanto, no vínculo pais-filho dos humanos a separação precoce não impossibilita a formação de um vínculo estreito e intenso. Embora as primeiras horas possam ser vitais para a interação mãe e criança, não se deve esperar a produção do sentimento amoroso instantâneo dos pais pelas crianças (KENNELL; KLAUS, 1998).

Investigações mostraram diferenças na duração do período de tempo no

qual a mãe sentiu apego por seu filho; assim, McFarlane, em uma amostra de 97 mães, encontrou que ao perguntar quando tinha sentido amor pela primeira vez por seu filho, 41% responderam que durante a gravidez, 24% até o nascimento, 27% na primeira semana de vida e 8% após esse período. O sentimento de amor das mães não é instantâneo, mas a primeira hora parece ser um período especialmente valioso no processo de criação do apego. O vínculo dos pais com o bebê começa durante a gravidez e aumenta um pouco depois do nascimento. O vínculo daqueles que cuidam, geralmente mãe e pai, é crucial para sobrevivência e desenvolvimento da criança (KENNELL; KLAUS, 1998).

Práticas culturais do meio em que vive, a relação com o companheiro e o apoio que lhe proporciona, o estado emocional, a auto-estima positiva ou depressão podem influenciar o comportamento da mãe com seu novo filho.

Vantagens fisiológicas tais como a termorregulação no peito materno e o vigor do choro, que são condutas adaptativas evoluídas há mais de 400.000 anos, ajudam a preservar a vida do bebê. A liberação de ocitocina além de ajudar a contração uterina pós-parto e prevenção de sangramento, também aumenta o vínculo da mãe com seu bebê, a conjunção de mecanismos sensoriais, fisiológicos, imunológicos e comportamentos mentais contribuem para a criação do vínculo entre a mãe e o bebê (KENNELL; KLAUS, 1998).

Algumas destas razões apóiam os 10 passos para a atenção do recém-nascido que o UNICEF vem promovendo como parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) para incrementar a lactação, tais como o contato precoce mãe-bebê, com oportunidade para o bebê mamar na primeira hora (passo 4), e o alojamento conjunto mãe-bebê durante a permanência no hospital (passo 7). A partir da introdução da IHAC, observou-se que em países como Tailândia houve redução da

taxa de abandono de 30/10.000 para 1/10.000 nascidos ao ano. Observações semelhantes foram feitas na Rússia, Filipinas e Costa Rica, constituindo-se em evidência adicional de que as primeiras horas e dias de vida é um período sensível para a mãe.

Isto pode ser devido, em parte, ao especial interesse que a mãe tem imediatamente após o parto em olhar o seu bebê, em volta dela, e do comportamento interativo do bebê na primeira hora de vida, durante o prolongado estado de tranqüila vigília. Assim, existe um intercâmbio bonito de olhares neste breve tempo de busca do bebê pela mãe e sua habilidade para a interação olho no olho (KENNELL; KLAUS, 1998).

Belli (1999) constata em seu estudo que a experiência vivida pelas mães do recém-nascido pré-termo ou doente, internado na unidade de cuidado intensivo neonatal, se constitui efetivamente em um processo de pré-significação de suas representações sociais, sendo este o movimento que possibilita a participação efetiva e legítima das mães junto ao filho durante a hospitalização dele e proporciona elementos para que elas vivam a experiência. Os resultados desta investigação mostram também que esse processo poderá ser vivenciado pelas mães com menos angústia e sofrimento, dando-se com maior clareza para elas, se os profissionais que assistem seu filho no contexto da unidade neonatal se tornarem disponíveis para estabelecer interações efetivas com essas mulheres, transformando-se assim em seus companheiros na experiência materna de viver o nascimento do filho pré-termo ou doente e sua internação na unidade de cuidado intensivo.

Ainda quanto ao apoio da enfermeira à mãe, Reichert e Costa (2001), ao refletirem sobre a assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho, consideram que

se deve deixar de levar em conta só a dimensão biológica do bebê e se voltar para a mãe, vendo-a como um sujeito ativo no processo de recuperar a saúde de seu filho.

Já no início do século XXI se reconhece amplamente que os pais dos recém-nascidos pré-termo se encontram em situações especiais também, e que devem ser incluídos como sujeitos do atendimento em conjunto com o filho recém-nascido doente. A enfermeira desenvolveu sua visão a respeito, investiga e produz conhecimento que se baseia no modelo de cuidado desenvolvimental, nas formas de confrontação ao estresse, e em outras disciplinas do campo humanístico. Continua apoiando o trabalho da equipe e coloca metas de suporte para a família, tendo como foco o cuidado centrado na família. Propõe protótipos de cuidado sem esquecer que se apóiam na comunicação entre pais, equipe e administração hospitalar, e avalia os resultados. Através da investigação é que se subsidiam novas propostas. Assim, Loo (2003), considerou que para que os pais confrontem o estresse pela hospitalização de seu filho na unidade neonatal, eles devem ter conhecimento dos sinais físicos e comportamentos do bebê. Foi a partir dessas ideias e conceitos que a equipe de enfermagem assumiu o papel de reduzir o estresse dos pais de bebês hospitalizados em UN.

Indubitavelmente, o campo de conhecimento em relação à assistência ao prematuro em unidades neonatais se desenvolveu bastante, repercutindo na maior sobrevivência dessas crianças. Para isso contribuíram as novas tecnologias de apoio ao processo diagnóstico e terapêutico, os profissionais e os pesquisadores que realizam suas práticas nessa área. Nessa assistência emergiram novos paradigmas tendo como foco atual o cuidado desenvolvimental, sendo este centrado na família, buscando a promoção da saúde, qualidade de vida e emancipação de sujeitos

(SCOCHI, 2000).

Considerando que o conhecimento é um processo sempre em construção, sentimo-nos compromissadas em contribuir com esse processo, no México, na perspectiva da melhoria da qualidade da assistência ao prematuro e sua família, com a cooperação da equipe de saúde, em uma realidade concreta que é nosso campo de ensino e extensão de serviços à comunidade.

A partir dos aspectos abordados, nosso objeto de estudo teve como foco a participação da mãe/pais no cuidado ao filho prematuro em UN, norteado pelos seguintes questionamentos:

- Qual(is) o(s) significado(s) para a equipe de saúde da participação da mãe/pais no cuidado ao filho prematuro internado na unidade neonatal?
- Quais as possibilidades que a equipe vislumbra para transformar a prática assistencial no sentido de favorecer essa participação e o vínculo mãe-filho-família?

Ao procurar responder essas questões, através do presente estudo, esperamos trazer subsídios para a reorganização da prática assistencial, no sentido de incentivar a participação e o vínculo afetivo mãe-filho-família.

Como docente da disciplina Enfermagem Materno-Infantil e pesquisadora temos o compromisso de contribuir com o processo de construção e avanço do conhecimento da ciência em Enfermagem e que tenha aplicabilidade na assistência integral e humanizada à criança e sua família, com ênfase na especialidade em Enfermagem Neonatal.

## **2.4 Objetivos**

Com base no exposto, delineamos para a presente investigação os seguintes objetivos:

- Identificar e analisar o(s) significado(s) da participação das mães/pais no cuidado do filho prematuro hospitalizado para a equipe de saúde da unidade neonatal do Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, San Luis Potosí, México.
  
- Analisar as possibilidades que a equipe aponta para transformar a prática assistencial visando favorecer essa participação.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

Adotamos a concepção de metodologia como o caminho de pensamento e instrumento para abordar a realidade (MINAYO, 2000). Desta forma, descrevemos, a seguir, o percurso metodológico adotado.

Realizamos um estudo descritivo, cujo objetivo principal é retratar com exatidão as características dos indivíduos, situações ou grupos (POLIT, 1993). O foco essencial destes estudos reside no desejo de conhecer o objeto de estudo, os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

No que se refere ao tema, não havia sido descrita e aprofundada a maneira como a equipe de saúde percebe a participação das mães/pais no cuidado ao filho no local do estudo, por isso consideramos que adentramos em uma temática ou área novas (POLIT, 1993). Dessa maneira, vimos a conveniência de que a pesquisa seguisse um delineamento do tipo estudos de caso, que têm como objetivo aprofundar na descrição de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

Assim, realizamos um estudo descritivo com abordagem qualitativa, quanto à participação das mães/pais na UN, na perspectiva da equipe de saúde, no Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" (HCIMP), por se constituir em local de ensino, pesquisa e extensão da Faculdade de Enfermagem da Universidade Autônoma de San Luis Potosí.

Preocupadas com o nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhamos com os significados, razão pela qual escolhemos a abordagem qualitativa que aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, o que não é perceptível nas estatísticas (MINAYO, 2001).

Este tipo de abordagem trouxe vantagens pela aproximação com maior profundidade a um recorte da realidade não estudada, permitindo-nos elucidar, a partir das falas da equipe multiprofissional que trabalha diariamente nessa realidade, o significado da participação das mães/pais na assistência ao filho prematuro e as possibilidades de transformação, nessa UN.

Na pesquisa qualitativa, o ambiente natural é a fonte direta de dados e o pesquisador é o instrumento principal para elucidar diversas questões nos locais de estudo, tudo isso compreendido no contexto da história das instituições a que pertencem. Além disso, nos estudos qualitativos, o pesquisador está interessado em descrever através da palavra, sem reduzir os dados a meros números; esta abordagem exige que os detalhes e as pistas acompanhem os relatos, pois podem ser esclarecedores. Os dados são analisados indutivamente e o significado é crucial, pois o interesse do pesquisador é conhecer como pessoas dão sentido às suas vidas, na perspectiva dos participantes (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Descrevemos, a seguir, a fase de coleta de dados de forma detalhada.

### **3.1 Caracterização do local do estudo**

Para situar o contexto da pesquisa, descrevemos o local do estudo a partir de dados mais gerais do estado e município de San Luis Potosí, para chegar aos mais específicos da UN do HCIMP.

O estado de San Luis Potosí se localiza na região central do México, está dividido em três regiões. O *altiplano* estende-se na região oeste do estado abrangendo a terceira parte do mesmo, é de clima seco, semi-desértico e é

caracterizado pela baixa renda *per capita*, e menor desenvolvimento. A *zona média* estende-se na parte média do estado, entre o altiplano e a zona huasteca, é de clima temperado com chuvas mais abundantes no verão; nesta área está o município de San Luis Potosí, que é a capital do estado. A zona *huasteca* se estende ao leste do estado, seu clima é úmido, com chuvas abundantes, de vegetação característica das regiões muito úmidas e quentes.

O estado de San Luis Potosí é dividido em 58 municípios e, com base nos resultados preliminares do Censo Geral de População e Vivienda do ano 2000, tem uma população de 2.296.363 habitantes; 29,14% deles estão na capital San Luis Potosí. A capital do Estado é o núcleo urbano mais importante, pois concentra a maioria das indústrias, como a química, mineradora, de fibras duras, alimentícias, entre outras.

Valles, cidade situada em Huasteca, constitui o pólo de atração desta região, devido às estradas de comunicação que dão acesso à fronteira norte do país e ao porto de Tampico, no Golfo de México. Neste local concentram-se os principais produtos da Huasteca, entre eles, destaca-se a cana de açúcar, laranja, banana e manga; assim como o gado bovino. Este é o segundo núcleo urbano e junto com as cidades de Tamazunchale, Tamuín e Ébano representam a região econômica mais favorecida de San Luis Potosí.

Ébano e Tamuín, cidades petroleiras do estado, fazem parte da faixa de ouro (área petroleira entre Veracruz, San Luis Potosí e Tamaulipas), e foi onde teve início a exploração de recurso tão importante para o país, com a abertura do primeiro poço de petróleo (de Ordóñez) em solo mexicano, em 3 de abril de 1904.

As cidades de Charcas, La Paz e Catorce (zona do Altiplano) fundamentaram sua importância na exploração de ouro, prata, zinco e fluorita, basicamente. A produção caiu em Real de Catorce, porém tem aumentado o afluxo de turistas desejosos de conhecer uma cidade de grande tradição mineira.

Outras populações importantes da zona média são Cárdenas, Rioverde e Cerritos, por suas atividades agrícolas; assim como Matehuala, que possui infraestrutura adequada para um melhor desenvolvimento.

Em 1995, a população urbana maior que 15.000 habitantes era de 45,8%; a população rural concentrada, de 2.500 a 14.999, era de 11,9% e a população rural dispersa ou menor que 2.500 habitantes era de 42,2% (INEGI, 1999).

A abrangência dos serviços de saúde no estado de San Luis Potosí, para população aberta (sem seguridade social) era de 1.564.469 milhões de habitantes, desses 886.000 foram atendidos pelas unidades médicas da Secretaria de Saúde e 678.469 pela IMSS-solidariedade. A cobertura da população com seguridade social era de 1.171.163 milhões de habitantes, sendo 939.927 pelo IMSS, 221.237 pela ISSSTE, 4.831 pela PEMEX e 5.168 pela SEDENA (INEGI, 1999).

As unidades públicas de hospitalização para o estado totalizam 21, das quais 11 são para população aberta, dividida da seguinte forma: 6 para o SSA, 4 para a IMSS-Solidariedade e 1 para a Cruz Vermelha. Há ainda, 10 unidades de hospitalização para a população com seguridade social: 5 do IMSS, 3 do ISSSTE, 1 de PEMEX e 1 de SEDENA. O total estadual de leitos de internação é de 1.402, desses 756 são para população aberta e 646 para população com seguridade social; o número estadual de leitos de observação é de 1.337, desses 1.028 são para população aberta e 309 para população com seguridade social; o total

estadual de incubadoras é de 107, divididas em 79 para a população aberta (65 incubadoras totais da SSA e 14 do IMSS-Solidariedade) e 28 para a população com seguridade social (18 do IMSS, 7 do ISSSTE e 3 dos PEMEX) .

As unidades privadas de hospitalização no Estado são em número de 36, com um total de 542 leitos de internação, 253 leitos de observação e 70 incubadoras. Estas unidades são divididas em 27 clínicas com 195 leitos de internação, 82 leitos de observação e 34 incubadoras; 3 sanatórios com 59 leitos de internação, 19 leitos de observação e 6 incubadoras; 3 hospitais com 89 leitos de internação, 53 de observação e 9 incubadoras; e 3 centros médicos com 199 leitos de internação, 99 de observação e 21 incubadoras (INEGI, 1999).

O município de San Luis Potosí, em 2000, tinha uma população de 670.532 habitantes, desses 267.254 correspondem à população aberta e 388.961 população com seguridade social, atendidos pelo IMSS, 325.706; pelo ISSSTE, 53.995; por SEDENA, 3.535 e por outras instâncias, 10.740; não é especificado como 14.317 habitantes são atendidos (INEGI, 2000).

A instituição onde realizamos o estudo é o Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto (HCIMP), que é do tipo assistencial, de financiamento do governo federal e estadual e do pagamento particular efetuado por parcela da clientela. Foi fundado em 1945 e, no momento, é um hospital regional, de nível secundário de atendimento, mas com algumas funções de terciário. Atende às populações rural e urbana, de baixos recursos e de classe média, seja nativo ou não, tanto do estado de San Luis Potosí, como de estados circunvizinhos. Há quatro departamentos: Pediatria, e dentro deste a unidade neonatal e urgências pediátricas; Medicina Interna; Cirurgia e Gineco-Obstetrícia com alojamento conjunto. Além dos serviços

de apoio, como laboratório de análises clínicas, farmácia, serviço de imagem, nutrição e dietética, reabilitação, banco de sangue, conta com a clínica de dor, a clínica de epilepsia, as unidades de transplante renal, de cardiologia, unidades de terapia intensiva de adulto, pediátrico e neonatal.

A unidade neonatal do HCIMP está situada no primeiro andar do hospital, no mesmo corredor do serviço de maternidade e tococirurgia. É dividida em três seções: cuidados intensivos, cuidados intermediários e a seção de vigilância do crescimento e desenvolvimento. Dispõe de 20 leitos neonatais, sendo 6 berços aquecidos para terapia intensiva, 8 incubadoras para cuidados intermediários e 6 incubadoras para crescimento e desenvolvimento.

Em 2000, na UN do HCIMP foram atendidos 300 recém-nascidos, com uma média de 25 bebês por mês; o tempo médio de internação foi de 62 dias. Os recém-nascidos pré-termo corresponderam a 67,2% dos atendimentos; 56% eram menores de 2.000g.

Quanto ao diagnóstico, 6,6% tinham prematuridade extrema e 6,0% prematuridade sem problemas agregados. Dentre os diagnósticos relacionados com a condição de prematuridade, destacam-se a membrana hialina e enterocolite necrotizante.

### **3.2 Os participantes do estudo**

A equipe de saúde é composta por enfermeiras<sup>1</sup>, médicos<sup>2</sup> e trabalhadoras sociais<sup>3</sup>. A enfermeira chefe do serviço, com formação em Enfermagem Geral, é a

---

<sup>1</sup> Enfermeira geral: tem 6 anos de ensino primário, 3 de secundário, 2 ou 3 anos de preparatório (bachillerato), mais 4 anos de técnico-profissional universitário (1 deles é de serviço social). A enfermeira licenciada tem mais 1 ano de formação universitária.

<sup>2</sup> Médico: tem 6 anos de ensino primário, 3 de secundário, 2 ou 3 anos de preparatório (bachillerato) e mais 7 anos de graduação universitário.

responsável pelo pessoal de enfermagem, pela auxiliar de enfermagem e por questões administrativas e organizacionais inerentes ao funcionamento do serviço, assim como pelo estabelecimento das redes de comunicação entre as enfermeiras dos diferentes turnos, com os outros profissionais e com a família dos neonatos.

O pessoal de enfermagem está organizado hierarquicamente por 1 enfermeira chefe da UN e 25 enfermeiras operacionais; é composto de 8 enfermeiras licenciadas, 2 enfermeiras gerais, 16 auxiliares de enfermagem, assim distribuídas por turno de trabalho: 6 para o turno matutino (1 chefe da unidade e 5 enfermeiras operacionais), 5 para o vespertino, 10 para o noturno e 5 folguistas. A distribuição do pessoal de enfermagem é de 2 enfermeiras/auxiliares para terapia intensiva, 2 para cuidado intermediário e 1 para crescimento e desenvolvimento. O trabalho é organizado mediante designação de paciente.

O pessoal médico está organizado hierarquicamente: um chefe médico especializado em pediatria e com sub-especialidade em neonatologia; um médico adjunto especializado em pediatria e sub-especializado em neonatologia; residentes médicos em processo de especialização em pediatria e internos de graduação em Medicina.

No serviço de reabilitação há uma médica neonatologista que implementa o programa de estimulação precoce na UN.

As mães dos recém-nascidos internados na unidade visitam seus filhos em horário estabelecido pela instituição, ou seja, por duas horas à tarde. É permitida a entrada da mãe ou do pai, mas um de cada vez. O acompanhamento do bebê,

---

<sup>3</sup> Trabalhadora social: tem 6 anos de ensino primário, 3 de secundário, 2 ou 3 anos de preparatório (bachillerato) e 3 anos de formação na carreira específica de nível técnico.

depois da alta, é feito através de consulta externa pelo médico, mediante um sistema de agendamento.

Participaram do estudo profissionais da equipe de saúde da UN enfermeiras, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e médicos, que concordaram em ser entrevistados e assinaram o termo de consentimento pós-informação (anexo 2).

Optamos pela amostra teórica para pesquisa qualitativa, com o critério da saturação da informação. A amostra teórica é a forma de saber quando parar o processo de coleta da informação; não é uma amostra estatística de representatividade e o pesquisador decide com base em seus próprios dados, o critério de saturação teórica é aquele no qual não aparecem eventos diferentes que conduzam a novas linhas de explicação do fenômeno (NATERA; MORA, 2002).

Desta forma, realizamos 23 entrevistas com profissionais de saúde que trabalham na UN, distribuídos nas seguintes categorias e respectivas codificações de identificação: 9 enfermeiras licenciadas e 1 enfermeiras geral (E1... E10); 5 auxiliares de enfermagem<sup>4</sup> (AE1... AE5); 1 médico neonatologista, 2 médicos neonatologistas adjuntos e 1 médico neonatologista especialista em neuroestimulação precoce (M1... M4), 2 médicos residentes de pediatria (RP1 e RP2) e 2 trabalhadoras sociais (TS1 e TS2).

As características dos entrevistados estão sintetizadas no quadro 1.

---

<sup>4</sup> Auxiliares de enfermagem: tem 6 anos de ensino primário, 3 de secundário, 2 ou 3 anos de preparatório (bachillerato) e curso de auxiliar de enfermagem com 1 a 3 anos de duração. Duas auxiliares não cursaram o nível preparatório (bachillerato)

**Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados segundo a idade, sexo, estado civil, formação profissional, tempo de formado e atuação profissional.**

Entre visto do	Idade anos	Sexo	Estado civil	Formação profissional	Tempo formação (anos)	Atuação profis. neonatal	Atuação na UN
AE1	32	F	C	AE	1	7a	7a
AE2	33	F	S	AE	2	6a	6a
AE3	44	F	S	AE	3	27a	9a
AE4	34	F	C	AE	3	8a	8a
AE5	49	F	S	AE	3	4a	4a
E1	34	F	C	LE	5	10a	7a
E2	25	F	S	LE	5	2a	1a
E3	30	F	S	EG	4	3a	3a
E4	28	F	S	LE	5	7a	7a
E5	34	F	C	LE	5	5m	5m
E6	30	F	S	LE	5	2a	2a
E7	34	F	S	LE	5	8a	8a
E8	24	F	S	LE	5	3a	1a
E9	33	F	C	LE	5	8a	8a
E10	30	F	C	LE	5	7a	7a
TS1	26	F	C	TS	3	2a	2a
TS2	36	F	S	TS	3	2a	2a
M1	44	F	C	LM	7	9a	9a
M2	29	M	S	LM	7	3a	3m
M3	43	F	S	LM	7	7a	5a
M4	62	M	C	LM	7	39a	32a
RP1	28	F	C	LM	7	1m	1m
RP2	26	M	S	LM	7	1a5m	5m

**Legenda:**

AE=Auxiliar de Enfermagem, E=Enfermeira, TS=Trabalhadora Social, M=Médico, RP=Residente de Pediatria; F=Feminino, M=Masculino; C=Casado, S=Solteiro; LE=Licenciada em Enfermagem, EG=Enfermeira Geral, LM=Licenciado em Medicina.

A idade dos profissionais varia de 25 a 62 anos, sendo a média de 32 anos; a maioria (86%) é do sexo feminino e cerca da metade (56%) é casado.

A formação das auxiliares de enfermagem varia de 1 a 3 anos através de cursos específicos. Três delas (AE1, AE2 e AE4) atuam na área de Neonatologia e na UN há 6 a 8 anos; AE3 que tem maior experiência (27 anos) e está vinculado à unidade há 9 anos; AE5 atuou em outras áreas e há 4 anos está na UN.

As enfermeiras são de nível universitário, sendo uma enfermeira geral (4 anos de formação) e 9 licenciadas (5 anos de formação). Apenas E7 exerce a função de chefe de enfermagem substituta e as demais são enfermeiras operacionais executando o cuidado direto. A atuação profissional na área de Neonatologia varia de 5 meses a 10 anos, sendo que na maior parte desse tempo atua na UN do HCIMP (de 5 meses a 8 anos).

As duas trabalhadoras sociais entrevistadas estão atuando em Neonatologia e na UN há 2 anos.

Os médicos são universitários (7 anos de graduação), com especialização em Pediatria (3 anos) e mais a sub-especialidade em Neonatologia (2 anos). A atuação profissional na área varia de 3 a 39 anos, sendo que três médicos estão vinculados à UN por grande parte desse tempo (5 a 32 anos); exceto M2 que é recém-admitido como adjunto convidado. Dois médicos exercem cargo de chefia dos cuidados intermediários neonatais (M3) e responsável pelo Departamento de Medicina Física e Reabilitação, coordenando o programa de estimulação precoce (M1).

Os residentes de Pediatria têm formação universitária (7 anos), sendo que RP1 tem 1 mês de residência e RP2 1 ano e 5 meses.

Quanto a atualização profissional, nos últimos 5 anos, a maioria dos médicos participou de eventos científicos na área de Pediatria e Neonatologia, tanto nacionais quanto internacionais. As enfermeiras participaram de eventos locais e nacionais de uma a duas vezes ao ano. As auxiliares de enfermagem freqüentaram raramente eventos científicos nos últimos 5 anos, de um a dois. As trabalhadoras sociais não citaram participação em eventos ou cursos.

No geral, a atualização dos profissionais teve como foco os avanços técnicos, terapêuticos e clínicos.

### **3.3 A coleta de dados**

Previamente à entrada ao campo estudado, buscamos uma aproximação com as pessoas chave através de conversações para a realização da pesquisa, tais como chefes de enfermagem e chefes médicos que atuam na UN no hospital estudado. Nos colocamos sempre frente aos outros com atitude de respeito e respondendo às dúvidas. Assim, solicitamos a permissão para a realização do presente estudo; o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital e obtivemos sua aprovação (anexo 2). Após, foi informado aos setores correspondentes, chefia médica, de enfermagem e trabalho social.

O roteiro da entrevista foi testado em estudo piloto realizado com uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem.

A seguir, a estratégia para viabilizar a entrada no campo foi através de conversações com as enfermeiras chefe do Hospital e da UN. Assim, foi acordado que a pesquisadora realizaria as entrevistas em sala de aulas do hospital pela manhã e à tarde, e, à noite, no escritório da chefia de enfermagem. Entraria vestindo uniforme de enfermeira e crachá e, durante os horários mais livres dos três turnos de trabalho, convidando aos profissionais para participar do estudo. Contamos com o apoio da enfermeira chefe da UN, a qual permitiu a saída dos profissionais de enfermagem da UN para serem entrevistados. Inicialmente,

informamos aos profissionais o objetivo do estudo e, mediante aceitação em participar, procedimos a um sistema de agendamento das entrevistas.

A coleta de dados, foi realizada pela pesquisadora, por meio de entrevista aberta pois acreditamos na palavra como reveladora de condições estruturais, dos sistemas de valores, normas e símbolos. Isto é, através de uma conversa com sentido com os sujeitos que desejaram contribuir, obtivemos as informações de nível mais profundo, que permitiu identificar as relevâncias acerca dos fatos e das relações que compõem o objeto do ponto de vista dos interlocutores de acordo com o objetivo do estudo (MINAYO, 2000).

A entrevista aberta é compreendida como um componente do trabalho de campo em que intencionalmente o pesquisador recolhe informações através da fala dos atores sociais e o entrevistado discorre livremente sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2000).

Os profissionais foram informados verbalmente sobre a pesquisa e, mediante aceite em participar, o termo de consentimento livre e informado era lido e assinado. As entrevistas foram agendadas e realizadas no hospital, durante o turno de trabalho dos entrevistados. A duração variou de 30 a 100 minutos, sendo a média de 45 minutos.

Nessa conversa, o roteiro serviu de orientação para o pesquisador e não para cercear as falas dos entrevistados. Assim, baseamos-nos em um roteiro mais acorde ao objetivo (anexo 1), dividido em duas partes: a primeira, com os dados de identificação (iniciais, código, idade, sexo, escolaridade, estado civil, formação profissional, tempo de formação, atuação profissional, cargo atual e atualização profissional) e, a segunda parte, com três questões norteadoras (Fale o que pensa

sobre a participação da mãe no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal. Qual a participação da mãe no cuidado ao filho prematuro nesta UN? O que você sugere para favorecer a participação materna na UN?). Dependendo das respostas geradas, fizemos questões complementares para elucidar melhor a percepção dos entrevistados.

Durante a condução da entrevista, após se expressarem e serem ouvidos, optamos por não interferir na conversação, mas sempre mantendo o tema central. Nesse sentido, com uma enfermeira, a entrevista foi realizada em dois momentos para atender ao objetivo.

Também encontramos dificuldades para realizar as entrevistas pela indisponibilidade de tempo do pessoal, pois conforme já foi dito, elas foram realizadas dentro do turno de trabalho. Assim, na metade dos casos, fomos procurar os profissionais de três a quatro vezes em busca da oportunidade de entrevista.

As entrevistas foram gravadas em fita cassete, com o consentimento de todos os entrevistados. Posteriormente, realizamos as transcrições na íntegra, conservando as palavras dos participantes para não modificar o sentido. Assim, fomos começando explorar o material e vislumbrando os primeiros temas.

Os participantes deste estudo e, igualmente, o pesquisador utilizaram a língua nativa, o espanhol, deste modo, os registros e os depoimentos dos entrevistados foram realizados neste idioma. Para atender ao rigor científico da metodologia qualitativa, foi necessário decidir a melhor forma de apresentar esses dados qualitativos, em relação ao idioma, quer dizer, em espanhol ou português, uma vez que a tese de doutorado está sendo realizada no Brasil.

Optamos por manter os depoimentos dos entrevistados no idioma original em que foram obtidos, isto é, em espanhol, para conservar o sentido das falas, a cultura e sua essência qualitativa. Entendemos que tal opção é possível pela natureza dos dados qualitativos, que não são padronizáveis como os quantitativos, possibilitando a flexibilidade e a criatividade do pesquisador no momento de coletá-los e analisá-los.

### 3. 4 A análise dos dados

Realizamos a análise das falas dos entrevistados, recolhidas através das entrevistas sobre a participação das mães/pais dos prematuros internados na UN, considerando a singularidade de sua experiência, na sua própria perspectiva.

Para tal utilizamos a análise de conteúdo, definida por Bardin (1977, p. 42) como:

*[..]. um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens indicadoras (qualitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos à condição de produção/recepção (variáveis inferidas).*

A análise de conteúdo é uma das que melhor se adapta à pesquisa qualitativa do material sobre saúde (MINAYO, 2000) e consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Qualitativamente, a presença de certos temas denota as motivações, de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças e de tendências, ou seja, os valores de

referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (BARDIN, 1977; MINAYO, 2000).

Assim, realizamos as três etapas operacionais que refere Minayo (2000), a saber:

- Pré-análise: consiste em leitura flutuante para estabelecer contato exaustivo com o material transcrito na íntegra das entrevistas, para impregnarmos do conteúdo que permitiu apreender as estruturas de relevância dos sujeitos e assim, os primeiros trechos significativos de acordo com o objetivo de estudo.
- Exploração do material: feita através de uma leitura repetida e exaustiva dos relatos, codificação dos primeiros temas e, após re-leituras, foram retirados os núcleos de sentido.
- Tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação: sendo a análise temática bastante formal e mantendo sua crença na significação da regularidade, trabalhamos com significados e não com freqüências, os temas como unidades de falas expostas antes da análise. Dessa maneira, tentamos desvendar o conteúdo subjacente ao que estava sendo manifesto e nos aproximando ao estabelecimento de articulações entre os dados e o referencial da pesquisa, respondendo assim ao objetivo.

Para facilitar a compreensão do que se destaca nos relatos, utilizamos a seguinte legenda:

- ... recortes dos relatos;
- ( ) observações com os conteúdos e comportamentos verbais ou não, para situar os relatos.

### **3. 5 Aspectos éticos e legais**

A Lei Geral de Saúde do México, em seu artigo 3º, considera que é questão da saúde geral, a coordenação da investigação para a saúde e o controle nos seres humanos. O título V da mesma Lei, em seu inciso II, refere-se ao desenvolvimento de ações que contribuam ao conhecimento dos vínculos entre as causas de doença, da prática médica e da estrutura social por meio da investigação para a saúde (MÉXICO, 1997a), observando o referido no artigo 100, ao especificar que a conduta no caso de investigação em seres humanos, se define através da Secretaria de Regulamento e Desenvolvimento Sanitário, que estipula que o Comitê de Ensino, Investigação, Treinamento e Ética cuidará que o protocolo apresentado para sua consideração e no desenvolvimento do mesmo quando envolve os seres humanos, estejam claramente formulados os princípios de ética que levam em conta os aspectos que se seguem.

Em cada projeto de investigação biomédica que envolve os seres humanos, se devem estabelecer os possíveis riscos previsíveis a curto, médio e longo prazo, como também os possíveis benefícios para o sujeito da investigação.

Em qualquer investigação aplicada aos seres humanos, cada sujeito participante deve ser informado acerca dos propósitos, métodos, benefícios e perigos potenciais do estudo e as moléstias que podem aparecer. O sujeito terá a liberdade de se abster de participar ou dar a autorização, por meio da assinatura de um documento de consentimento, no qual se especificam os aspectos detalhados anteriormente.

O protocolo de investigação contém a especificação das condições éticas envolvidas que foram consideradas, analisadas e aprovadas pelo Comitê (MÉXICO, 1997b).

Realizamos o estudo concordando com o artigo 101, ao referir que, se houver contravenção das disposições, o pesquisador se fará responsável e receberá as punições correspondentes (MÉXICO, 1997a).

Com base nas leis mexicanas, estabelecemos para este estudo como indispensável, obter a aprovação do projeto no Comitê de Investigação da instituição de estudo em San Luis Potosí (anexo 3). Os participantes que aceitaram participar do estudo, foram devidamente informados e assinalarem o Termo de Consentimento apresentado, podendo se retirar do estudo voluntariamente, sem ser prejudicados profissionalmente (anexo 2).

## 4 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A PARTICIPAÇÃO DAS MÃES/PAIS NA UNIDADE NEONATAL

Todos os profissionais de saúde consideram importante a participação da mãe no cuidado ao filho prematuro em UN, verbalizando:

*...pues yo creo que es muy importante... (E1, RP2, M2)*

*...es muy importante sobretudo en los niños prematuros... (E2, E3)*

*...si es bien importante eso que les permitan estar el mayor tiempo con sus hijos, si es una gran ventaja que las mamás estén ahí con sus bebés... (TS2)*

*...yo he visto que es muy importante en el tiempo que tengo en neonatos (UN)... (E7)*

*...pienso que es muy importante la participación de la madre, es una de las finalidades que tenga el recién nacido cerca a su progenitor... (E5)*

Alguns dos entrevistados expressam que também o pai deve estar inserido no cuidado ao prematuro na UN:

*...yo pienso que si, que es muy importante que lo vean los papás, bueno la mamá, pero yo pienso que también el papá... (E4)*

*...considero muy importante la presencia del familiar junto al paciente... siempre he dicho: el mejor factor para que los niños estén bien son los papás... (AE3)*

*...la participación de los padres es esencial dentro de la evolución del recién nacido, mucho tiempo se hablaba de la diada madre-hijo, ahora se habla de la tríada madre-padre-hijo... (M1)*

Aprendemos os seguintes significados acerca desta participação materna ou dos pais no cuidado ao filho prematuro em UN:

- ✓ A presença da mãe/pais favorece a estabilidade clínica do prematuro e o seu processo de crescimento e desenvolvimento;
- ✓ A participação possibilita a interação mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo;
- ✓ A mãe é treinada para a alta do filho;
- ✓ A mãe ajuda a enfermagem nos cuidados do filho hospitalizado;
- ✓ A presença materna/dos pais modifica o ambiente da unidade neonatal;
- ✓ Favorecendo a participação das mães/pais: obstáculos e sugestões.

Assim, estes núcleos de sentido incluem aspectos relacionados ao prematuro, à mãe/pai e à dinâmica do trabalho na UN, cujo detalhamento apresentamos a seguir.

#### **4.1 A presença da mãe/pais favorece a estabilidade clínica do prematuro e o seu processo de crescimento e desenvolvimento**

Os profissionais de saúde destacam que a partir do estímulo propiciado pelos pais no cuidado do filho prematuro, há um maior ganho ponderal, favorecendo o crescimento da criança:

*... para que le ayude, para el crecimiento del bebé, a estimularlo... (AE2)*

*...porque el bebé chiquito, pues se supone que la relación o el sentir a la mamá, sentir a los papás le ayuda en su crecimiento... (E4)*

*...ayuda al crecimiento más rápido... (M2)*

*...son niños que salen más rápido y crecen y un poco mejor si se les estimula... (M3)*

*... con respecto a la alimentación también, más rápidamente aumentan de peso. (E3)*

*... al aumentar de peso más rápido... (E2)*

*...algo mínimo que uno puede observar es que los niños que reciben visitas continuas aumentan más de peso, se enferman menos, y creo que es por eso, por la cercanía de la madre...(E5)*

*... esa participación tiene muchas ventajas, he leído que les ayuda al incremento de peso... igual su estado de salud pues van a mejorar mucho, pues se ve reflejado en el bebé... (E10)*

*...cuando la madre atiende al bebé, el bebé crece mejor y más rápido y entonces esta es la primera parte, cuando lo atiende la madre ... para que salga más rápido ... (M4)*

*...al nacer antes de tiempo, les hace falta más que a un bebé de término, el que las mamás estén constantemente hablándoles, tocándolos, porque les ayuda, bueno, lo hemos visto, les ayuda a su crecimiento...(E1)*

Verbalizam também, que esta participação contribui para o desenvolvimento neurológico do prematuro:

*... se ve menos deprimido el bebé, los niños están mas reactivos...por ejemplo al succionar, que a veces no succionan los niños... el niño prematuro incrementa su desarrollo, como que se desarrolla mas pronto...en el cuidado intermedio es totalmente diferente porque están*

*solamente para ganar peso, es bien importante que la madre este ahí para que le de ejercicios de estimulación temprana y para la succión... (AE2)*

*...eso creo que les ayuda mucho a su desarrollo y muchas veces hasta en sus enfermedades, ese apoyo les ayuda bastante, ayuda a enseñarle a la mamá a que estimule a los bebés, también a que el bebé se desarrolle en cuanto a succión, deglución ... (RP1)*

*...es bien importante que allí (neonatología 2) esté la mamá para que le este dando ejercicios de estimulación y para la succión... (AE1)*

*...ayuda más al desarrollo... (M2)*

*... que influya en la estimulación temprana del niño... yo pienso que se desarrollaría más rápido, se estimularían sus 5 sentidos... el hecho de que como fue un trauma muy brusco, porque él (bebé) todavía no está preparado física y emocionalmente para nacer y el hecho de que sea por parto quirúrgico me imagino que es un trauma y de alguna manera podría afectar su esfera psíquica y el hecho de que la madre participe, que esté en contacto con él influiría en la maduración de ese recién nacido... (E5)*

*... si dan una respuesta, yo lo veo más reactivo, como que él (bebé) sintió que estuvieron ahí los papás... (E9)*

*... y luego ya me imagino que sea físico y verbal, igual sería encargarles - he visto que algunos niños tienen su sonaja de música - también eso les ayuda mucho... (E10)*

*...si hay ventajas, hay niños que tenemos de 3 meses internados... están más reactivos y su psicología interna ya empieza a abrirse y en ese momento ya se da cuenta de quien tiene al lado, respecto a su estado neurológico, y es un avance... acercar a la mamá que lo toque y ese contacto es muy importante para la formación en lo neurológico... (RP2)*

*...(madre atiende al bebé) y tercero (ventaja), por supuesto que tenga un desarrollo intelectual mucho mejor...(M4)*

Há colocações feitas pelos profissionais destacando que a proximidade com a mãe oferece estímulos positivos para a estabilidade e evolução clínica do prematuro:

*...y yo estoy de acuerdo que los padres tengan que estar el mayor tiempo posible para que el niño mejore más rápido, bueno... es muy importante la estimulación porque el niño baja (de peso) llorando bastante...mejoran por la estimulación que se les da por parte de los padres, bueno, también por enfermería, los médicos.. (AE3)*

*...y a los niños se les ha visto mejoría... yo si he visto que los bebés tienen mejoría cuando los papás están más estrechamente con ellos... (E7)*

*...ayuda a la recuperación más pronta...requiere menos sedantes, hay menos problemas... (M2)*

*... desgraciadamente no está explicado, pero tan solo oír la voz materna, la voz paterna que el bebé ya conoce desde in útero, se tranquiliza, disminuyen sus hormonas de estrés, el que lo toque la madre, el que lo toque el padre, mejora la posición del niño, mejora la oxigenación, que la madre le cante, el niño se relaja, se tranquiliza, mejora su ventilación y hasta puedes bajar parámetros del ventilador... (M1)*

*...pues si, si es importante porque los niños al estar la madre ellos los estimulan bastante; bueno nosotros lo vemos en el área práctica, en la saturación de oxígeno, cuando la madre empieza a acariciarlos, a hablarles, pues los niños aumentan la saturación de oxígeno... entonces yo pienso que si es importante siempre la estimulación de los niños porque esto les da más a ellos... como que se sienten más seguros y si se ve luego la estabilidad que tienen... (E3)*

*... y físicamente se ve en todo su estado, respiratorio... menos lábiles a las infecciones... (E2)*

*... como que yo he visto con la estimulación que el niño tiende a estar más reactivo, avanza en su diagnóstico, y en general como que si le ayuda... (E9)*

*... cuando son niños que están ventilados, están saturados y la oxigenación... llega la mamá los acaricia, los coge, y la saturación sube, es decir les está haciendo provecho, los beneficia no los perjudica, en definitiva no hay ninguna contradicción en que la mamá esté con el bebé, que la mamá esté ayudándonos a nosotros (médicos) a mantenerlo conservando el medio ambiente intrauterino del que acaba de salir fuera del útero antes de tiempo... (M3)*

Como resultado destas vantagens apontadas, os entrevistados também mencionam a redução no tempo de internação e diminuição das reinternações do bebê prematuro, minimizando os custos da atenção:

*...y la segunda razón (ventaja de la participación materna) es para que cuando salga no tenga reingresos, que les vaya mejor cuando se va a su casa ... tenemos datos recientes en donde se (observa) que se acorta el tiempo de estancia... de los últimos trabajos (encontramos) fácilmente entre 10 a 15%... (M4)*

*...y son niños más activos, que egresan más rápido, o su padecimiento es más corto, no tienen tanto problema que algunos bebés que se retrasan un poco más, yo sí he visto que sí hay un poco más de avance... (E1)*

*... es muy importante sobretudo en los niños prematuros, porque a la mayoría de los niños prematuros bruscamente los quitamos del vientre materno, no cumplen todo su ciclo de vida dentro del útero y pues sufren más que los niños sanos, y las mamás son importantes en ese aspecto porque de ellas depende que el prematuro salga más rápido de todos los problemas que les faltaron por resolver, y si las mamás ponen empeño, pues ese período va a ser menos brusco, comparado con el que les damos nosotras (las enfermeras) a pesar que los estimulamos, y trata de darles lo más cercano a lo que le faltó de tiempo, pues no hay como que sea su mamá...(E2)*

*...es menor gasto (\$)... (AE3)*

#### **4.2 A participação possibilita a interação mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo**

O aspecto da relação afetiva entre o prematuro e os pais, especialmente a mãe, é destacada por todos os entrevistados. Essa interação se dá através de

estímulos táteis (toque e carícias) e auditivos (fala e canto), conforme mostram os depoimentos:

*...en general lo que vemos que hacen con el bebé es que (mamá/padres) llegan y empiezan a tocarle sus plermitas, a acariciar sus pies, su mano, su carita, hay quienes, muy pocos, les platican, les dicen cosas dulces, cosas agradables al bebé y es lo que en general hacen, por ejemplo, aunque está el programa de estimulación temprana, en la noche no se lleva a cabo.... de repente hay quienes si le hablan (al bebé) hasta andan platicando con él, le llevan cositas, una caja de música, un juguete, o sea, cuando uno ve que la mamá se siente más involucrada, no se, lo quiere más o expresa de diferente manera o algo así... bueno, la mamá, pero yo pienso que también el papá ... (E4)*

*...yo si les he dicho (mamá/padre) tóquele la carita, dígame que ya se lo quiere llevar, que le eche ganas, que le hable normal (enfatisa) como su bebé que es, que si tiene otros niños que le diga los nombres de los niños y que le explique que sus hermanitos lo están esperando... el binomio madre-hijo es bien importante, a pesar que de los niños mucha gente piensa que por el hecho de estar en la sala de terapia intensiva, que los niños están intubados, inconscientes y todo eso, no sienten y claro que no... en muchas ocasiones que se deja entrar a la mamá y le decimos sabe que "háblele al bebé, acarícelo, tóquele", sin necesidad de que le haga sobreestímulos de tocar los piecitos porque a veces los niños se asustan... (E7)*

*...los bebés luego se sonríen cuando está la mamá, se empiezan a mover, inclusive les decimos que no los estimulen tanto porque si les afecta un poquito, se empieza a desaturar... los bebés desde que están en el vientre materno ya están en conexión con su madre y al haberles cortado tan bruscamente esa conexión... inclusive a veces van las mamás y empiezan a hablarles y se sonríen los niños, eso lo hemos visto, si se nota bastante. (E1)*

*...la mamá les habla y ellos están atentos, están escuchando, van relacionando y se identifican con su mamá o con su papá y eso también hace que el niño salga adelante, porque a veces pasa un día, pasan dos días y no están, o vienen rápido, así como entran y salen y rápido... le dan esa oportunidad al bebé, que los toquen los acaricien, pues se sienten protegidos, creo que si es bueno... (TS2)*

*...luego te das cuenta (la enfermera se hace consciente) que el niño siente una alegría! aunque están muy chiquitos tu ves que (los bebés) se desesperan por agarrarle el dedo (de mamá/padres)... los papás llegan y les hablan (al bebé) bien bonito " ya llegué papito o hijito" y en ese momento ves (la enfermera ve) que les cambia el semblante (del bebé)... empiecen a acariciarlo de su cabecita, o sea, a estimularlo, acariciarlos de su manita... (AE3)*

*...para que conozca a su hijo... otra de las cosas importantes es que ella lo toque...se ha visto que el hecho de tocarlo, de estimularlo, de hablarle, sirve mucho para la posterior formación del bebé...ese estímulo de la madre es muy importante, que lo toque, que lo acaricie, que le hable, que le cante... (RP2)*

*...mucho tiempo se hablaba de la díada madre-hijo, ahora se habla de la tríada madre-padre-hijo, tan sencillo como que el niño cercano a sus padres los oye, los siente, los ve (enfatisa con la voz y ojos) y seguramente que eso influye en la evolución del RN...(M1)*

Esse contato freqüente e o relacionamento entre mãe e filho são importantes para o estabelecimento do vínculo afetivo.

*...como que se crea una relación muy fuerte porque me imagino que por la situación de gravedad, una situación de peligro de muerte como que a la mamá se le crea una relación*

*muy fuerte, no se si sea diferente que con el resto de sus hijos, ahí se ve que es una relación muy fuerte y que a ella le ayuda mucho estar con ellos... (E4)*

*...creo que (madre) debe quedarse en la UN, porque allí comienza el afecto madre-hijo, sobretodo si ella va a comenzar la lactancia... (E8)*

*...ellos entran, hablan, ellos se relacionan con los niños, hay intercambio de afecto... si la mamá viene, le está hablando, lo está estimulando, entonces ya el día que el niño se va con su mamá la identifica un poco más, ya por lo menos conoce su voz... (AE4)*

*...pienso como que aquí en México no está muy difundido, o muy aceptado que los papás intervengan en el cuidado de los neonatos, pues sí es una parte imperante en otros países, los papás están muy metidos en la unidad de cuidados intensivos y de hecho ellos ayudan en el cuidado del niño como es la alimentación, cambiarlo de ropa, cargarlo... porque es el desarrollo y bueno, el vínculo afectivo... (M2)*

*...esa interacción entre la madre y el neonato pues porque la mamá le pasa la tranquilidad, le pasa la buena vibra, lo acaricia, le da, no debe haber separación entre el bebé y la mamá, se va iniciando desde allí en ese momento el apego a la mamá con las caricias... en la UCIN se les deja entrar igual a los dos, papá y mamá que lo toquen, que lo acaricien, aun cuando estén ventilados... (M3)*

*...la parte importante que es la estimulación táctil, auditiva, que la mamá lleve algún juguete y que el niño reconozca la voz de la mamá...(E5)*

*... pues es bien importante y más ahora a causa de la lactancia materna, se comprobó como eso realmente ayuda en los lazos maternos, de unión, en la lactancia... es importante el bebé está sintiendo porque él está escuchando a la madre... (AE1)*

*...cuando está la madre sola no funciona tan bien como cuando están la madre y padre juntos, así funciona mucho mejor, hay mamás superbuenas pero funciona mejor cuando la mamá está tan segura porque cuenta con el apoyo del padre, de la pareja, definitivamente la evolución mala de un pequeño depende de la patología de fondo del pequeño, definitivamente, pero un factor ambiental importantísimo es el estado afectivo del niño y en el estado afectivo nada puede influir mejor que los padres... (M1)*

A participação da mãe é colocada, também, como conforto ao bebê, nos momentos de dor e estresse causados pelos procedimentos invasivos e superestimulação ambiental na UN:

*...por ejemplo el niño está estresado simplemente porque uno (enfermera) lo está canalizando (venoclisis), entonces cuando uno está hablándole al niño está tranquilizándose y ya no siente tanto, en el momento en que el niño está estresado por ese motivo, y que está la madre con el bebé (se tranquiliza)... el niño como está tan estresado por los ruidos o por la misma área y al tiempo que empiezan a hablarle (se tranquiliza)... (AE3)*

Em contraponto, é referido que a mãe pode não ser capaz de confortar o filho, se estiver estressada:

*...yo digo que si es una limitante - la tecnología - porque inclusive cuando las mamás los ven llenos de aparatos, ellas tampoco los quieren tocar, tienen miedo, piensan que algo les va a pasar... más cuando está pequeño, sí tiene repercusiones, los niños se vuelven más agresivos. Aquí se ha visto que los niños lloran cuando la madre está estresada, está*

*molesta o no los quiere... Y por tanto si tiene repercusiones porque si la madre lo rechaza, él lo va a sentir. No sabemos si el vínculo se hizo o no, no sabemos que pasa saliendo (el niño) de aquí... (E2)*

A equipe, principalmente os médicos, citam alguns efeitos da relação mãe/pais-filho desarmoniosa e do vínculo mal estabelecido, como violência infantil, privação emocional e depressão:

*... el primero (problema) es el síndrome del niño maltratado, esa primera consecuencia es como si fuera un abandono, lo dejan y no vuelve la mamá; cuando lo tienen (en casa) está sujeto a mayor maltrato, esa es una versión de maltrato, es como si fuera un abandono; y eso de abandono implica todo, toda violencia, golpes, quemaduras, todo lo que vemos (fascies tristes). El segundo (problema) sería el abandono de alimentación, que no le den de comer -pobrecito- (fascies tristes) y el tercero (problema) pues el abandono del desarrollo psicomotor, de que no avanza adecuadamente porque no tuvieron contacto temprano... (M4)*

*... así como los padres que no participan, pues el niño sufre y aparte de todo lo que el niño sufre (físicamente), sufre de privación emocional y es un niño que le va mal, científicamente no está comprobado, pero evidentemente que hay hechos, la participación de los padres bien cercana, ayuda dentro de la evolución favorable... (M1)*

*...yo creo que es muy importante la participación de la mamá, desde el punto de vista psiquiátrico se ha visto que los bebés requieren de la mamá de tiempo completo... (RP1)*

### 4.3 A mãe é treinada para a alta do filho

A presença materna na UN também é referenciada como oportunidade para educação em saúde, visando prepará-la para o cuidado do prematuro no domicílio:

*...el cuidado de la madre de todos los recién nacidos, me tocó a mí implementarla aquí en el hospital... eso sirve hasta para educar a la madre, he sido muy partidario de eso... (M4)*

Os profissionais percebem que, inicialmente, há reações de medo dos pais para manejar o filho prematuro decorrente de seu pequeno tamanho e de todo aparato tecnológico envolvido na assistência, conforme expressam as falas:

*...muchas veces los papás participan despacio, y a veces van y los ven (bebé) pero les da miedo porque está muy pequeño el bebé...no quieren tomar la manita del bebé, no los quieren lastimar o fracturar...(E8)*

*...y la señora también lo ve lleno de tubos y no lo quiere tocar, le da miedo o lo ve demasiado pequeño, a los menores de 1 kg, o los malformados, también nos ha tocado mucho, y no lo quieren porque lo ven feo y tampoco lo quiere agarrar, ni tocar... (E2)*

*...los padres en general sienten una barrera muy grande ante el bebé que está grave, que tiene muchos tubos y que está en la incubadora... cuando el niño está muy malo los papás tienen mucho miedo, mucho temor ... (M1)*

*...les da miedo agarrar al bebé y que a veces son primerizas (primíparas) y si les da mas miedo... angustiados la mayoría de los papás... se emocionan mucho cuando el niño esta comiendo muy bien, que van creciendo más y más rápido, que a veces les sonríe y piensan que es a ella y esa es la emoción que ellas tienen, que el bebé está mejor... (AE2)*

Na interação com a equipe de saúde, especialmente com a enfermagem, os pais buscam informações sobre a condição do filho, sobre os cuidados que estão recebendo e a previsão de alta:

*...es una gran ventaja, para que ella no esté angustiada porque su hijo no haya comido, porque él tiene sonda, suero, oxígeno...la participación de la madre no me molesta, contrariamente, para que ellas sepan lo que (el equipo) está haciendo con su bebé y sepan que se atiende con la mejor calidad posible ...el tipo de información en la que mas se enfocan (los papás) generalmente es como está su bebé, o cuando va a estar de alta; también sería importante indagar cuales otros tipos de preguntas hacen, por qué la sondita, por qué están amarillos, por qué tan poquita alimentación... (E8)*

*...vienen más seguido, están un poquito más tiempo con el bebé, se ven muy ansiosas por la salud del bebé, preguntan mucho, cuestionan mucho al personal, a los que estamos trabajando sobretodo con el bebé... (E4)*

*...pues muchas veces no se lo esperan, por ejemplo, ayer le tomé datos a una señora y le digo "vengo de neonatos (UN) me informaron que su bebé ahí se encuentra (la mamá pregunta) "¿Por qué no esta conmigo? su cuna (berço) no me la han traído pero yo no sabia que lo iban a pasar para allá"...(TS2)*

*...(mamá pregunta) "¿cuánto tiempo va a estar? (UN) "...es lo que preguntan... (E1)*

*...(papás preguntan) cómo sigue su bebé, que cómo lo vemos, cómo amaneció, si sigue comiendo...(AE2)*

As perguntas dos pais são dirigidas principalmente às enfermeiras, mas é o médico quem dá informações sobre o diagnóstico e prognóstico.

*...y otra de las cosas es que encuentren al médico para saber como se encuentra su bebé, ya que por ética nosotras (enfermeras) no podemos dar información más a fondo, solamente el médico... (E8)*

*...se le da información "su bebé está muy grave" (eso ya se lo dicen los médicos)... (E7)*

*...tratamos de informarles lo mas que se pueda, pero ya indicaciones sobre su estado, eso ya es obligación del médico, por eso le sugiero a la mamá que pase (UN) a hablar...(TS2)*

*...no entran juntos (padres) pero cuando lo requiere la doctora es porque su hijo esta muy grave, eso se ve en neos 1 (terapia intensiva)... les decimos que nosotras no podemos dar información solamente la doctora...(AE2)*

*...generalmente quieren saber como se encuentra...no tenemos permitido dar información solamente el médico puede dar, bueno pero nada más en lo que respecta a que está comiendo bien o nosotros lo vemos mejor, es lo único que podemos decir... (E10)*

*...de hecho no estamos autorizadas por el jefe médico para que demos información, solo podemos decir, "está estable"; "va mejorando, pero aun está grave"...no hay nada escrito, solo pueden dar información el residente o la jefe médica, porque hubo varios problemas y así se formalizó... pues de hecho nada más decirles "está estable"; "está delicado"; "está muy grave" no dar pronósticos "que el bebé está muy pequeño", "que depende mucho del bebé si sale o no sale" y "que es muy individual de cada bebé" yo así lo digo "puede ser un mes, uno y medio meses, depende de que suban de peso y que para ellos 1 g es muy importante... (E1)*

Mas, no treinamento dos pais, a enfermeira é citada como profissional chave.

*...ya llegando a una edad, por ejemplo 35 semanas y que ya estén estables en cuanto a peso, no tienen oxígeno y no tienen tampoco líquidos, les empieza a dar la mamá una especie de estimulación temprana para los bebés; les damos estimulación táctil, les hacemos una especie de ejercicios a los bebés, se los hacemos primero nosotras (enfermeras) a los bebés y después ellas (mamá), les enseñamos a que ellas se lo hagan (bebés)...(E7)*

*...(Enfermeras)son las que tienen más contacto con el entrenamiento de los papás porque a veces uno (médico) nada más les da la información general y uno los dirige hacia la enfermera y ella es la que está más allí sobre los detalles... se necesita que alguien, mejor que fuera una enfermera, estuviera dedicada a un paciente para que pudiera darle atención al papá...(M2)*

*...nosotros (médicos) y las enfermeras, orientar más a los padres en como participar ...sobre que es lo que tiene (patología del bebé), sobre lo que se le va a hacer y sobre lo que se le está haciendo...( RP2)*

*...hay sobrecupo de pacientes y uno no les puede dedicar tanto tiempo a ellos, pero por lo menos si que vean, que estén participando, por decir así, si yo le estoy dando de comer (la madre diga) "yo le doy de comer, dígame como lo hago "y nosotras (enfermeras) estarle diciendo, se hace así".. (AE4)*

*aquí tiene mucho que ver y creo que es más la participación de la enfermera, pues ellas son las que les enseñan más, como darles el pecho, ponerlos a repetir, simplemente (enseña) como sacar el pezón de la boquita del bebé porque a veces le sangra el pezón, tips (dicas) y así las señoras también se sienten más seguras...(RP1)*

Dois depoimentos expressam lacunas na interação entre a equipe e a família:

*...sí dejamos que entren, pero no les decimos qué les pueden hacer y que no, no les explicamos, allí está la señora parada solo viéndolo, pero no le decimos, tóquelo, háblele, ¿cómo lo ve hoy?, si lo quiere o no lo quiere, ¿qué tal si no lo quiere y viene obligada y nosotras queremos a fuerza que entre? ¿y ella no quiere?... (E2)*

*...en estos dos años que yo tengo, he tenido la oportunidad de ver la participación de los papás, no he visto yo participación por la parte médica, que le den muchos detalles a la mamá y/o al papá, en cuanto egrese el bebé, para el cuidado de él , no he visto así digamos una buena orientación a los padres para el cuidado posterior de los prematuros... si la orienta pero*

*muy poco, casi aquí en la mayoría es donde entra el doctor según enfermería y a veces les pregunto (para enfermera) "le puedes dar una indicación a la señora?" (enfermera responde) "no, mejor hasta que venga el doctor" y como el doctor trae un montón de pacientes pues a veces le da una orientación bien rápida y a veces los padres por pena (vergüenza) o no se por qué les dicen que si les comprendieron y en realidad no les comprenden nada...(TS1)*

**Na UN a mãe é treinada e realiza cuidados de maternagem ao filho prematuro, especialmente aqueles com a alimentação ao seio materno ou fórmula láctea:**

*...la persona que mas participa es la madre, está atendiéndolo, cuidándolo...estando las mamás en la hora de visita, nosotras (enfermeras) les enseñamos como deben hacer, como dar el seno materno y como sacar la leche...(E8)*

*...sobretudo se les da el cuidado del bebé en la alimentación, cada cuántas horas debe ser, cómo debe ser, si va a ser con fórmula, cómo debe ser preparada la fórmula, pero por lo regular ahí impulsamos la lactancia materna, es lo que le recomendamos, pero hay quienes prefieren la fórmula, entonces les damos lo referente a los cuidados con biberón... (E4)*

*...lo primero (entrenamiento) básico sería la alimentación... el programa que se está comenzando a implementar (reunión de madres asistiendo filmes en la sala de incremento de peso) es sobre el tema de alimentación y cuidados al niño.. (M4)*

*... le da de comer desde el primer minuto de vida, en los hospitales en distintas ciudades, a los 15 minutos su mamá ya los tiene (permanece junto de la mamá) y le da de comer y aquí no sucede como quisiera... (RP2)*

*...yo creo que nadie va a participar mejor que una madre entrenada para alimentar a su bebé... (M1)*

*...porque a los pequeñitos se les da estimulación por succión no nutritiva, que quiere decir? que les damos de comer a los bebés por la sonda y para esto ya la mamá debió haber estado anteriormente para darle los ejercicios para estimular la succión y cuando le esté dando de comer al bebé le coloca la mamila al bebé, taponada la mamila y los bebés comienzan a succionar... se le sigue estimulando a la mamá para que se siga sacando la leche, se le dan los cuidados para que continúen llevando la leche, a pesar de que ellas están llevando ese tipo de estimulación...(E7)*

*...la doctora viene a dar una explicación a la madre para que el bebé empiece a succionar, ejercicios que nos enseña también a nosotros para cuando ella no está, nosotros les podemos dar la estimulación (al bebé) y decirle a la madre como (lo haga), para que empiece a succionar el bebé...(AE2)*

*...es importante dentro de las actividades(maternas) participar en la alimentación...(AE3)*

*...participar en la alimentación, porque si el recién nacido ya está en condiciones de ser lactado o de ser alimentado por succión... en el cambio de pañal, el aseo de genitales en ese momento...(E5)*

*...dependiendo del peso del neonato si es alrededor de 1500 ya tiene más fijo el reflejo de succión y se lo puede pegar (sugar), pero generalmente (como) son niños más pequeños, entonces ella (la mamá) trae el calostro ya refrigerado de su casa, tiene que estar congelado y ya aquí a temperatura ambiente es cuando se los proporcionamos a los niños... su participación sería la estimulación, estarle hablando, y a veces nosotros también se los dejamos ahí y comúnmente se les da en sonda orogástrica, se les da a gravedad con una jeringa, y la madre participa, enseñándola a medir cuanto es lo que se le da, y se queda ahí deteniendo la jeringa, porque si la elevamos bastante como es a gravedad, se le pasa muy rápido y entonces la mamá se queda ahí a detenerlo un poquito más abajo y que drene más*

*lento... si en la estimulación también, por ejemplo para estimular el reflejo de la succión, que a las mamás también las hacen participar en eso; les damos su guantecito (luva) y les explicamos los ejercicios que se le deben dar a su bebé....para que se les vaya formando el reflejo de succión que muchos no lo tiene desarrollado... de 1.500 g para arriba... cuando ya la mamá es orientada ya lo puede hacer, y nosotras (las enfermeras) también participamos demostrando y viendo como lo hacen...(E3)*

*...pues se le dan indicaciones, sugerencia de cómo tratar al bebé, cuanto (dar) de su alimento, de su cuidado, pues detalles como los pañales, la ropa que sea de algodón para que no le irrite tanto la piel y evitar las alergias, indicaciones sencillas pero importantes...(RP1)*

**A mãe também aprende sobre alguns cuidados especiais ao filho prematuro, especialmente se ele sairá de alta dependente de tecnologia:**

*... también hemos tenido niños con gastrostomía, ahí les enseñamos como se les va a dar de comer, igual su leche... (E3)*

*...los casos que me han tocado ver que es que ya sabiendo que el bebé va a tener el oxígeno en su casa, en ese mismo rato que saben que se van a llevar al pacientito, se le da, exactamente, siendo que, cuánto tiempo tienen para (decirle) "mire señora, su niño va a requerir del oxígeno en su casa para que vaya viendo las dudas que tenga para que me vaya diciéndolo y yo explicárselas" ...(TS1)*

*...para niños con complicaciones, por ejemplo, con broncodisplasia, dependientes de oxígeno...tampoco tienen todo a tiempo, la doctora un día antes les dice (aos pais): "mañana se va este niño de alta y me consiguen un tanque de oxígeno y unas puntas nasales" y la señora se queda así (imita las fascias de sorpresa) por Dios! fue un día antes y lo consiguen porque piensan que se va a morir, y a lo mejor sí, pero no les decimos como conseguirlo y para qué los queremos...por eso necesitan preparación mucho tiempo antes, para que la señora se vaya preparando en su casa, porque se los llevan a veces de 1,100g y es muy pequeño y es el límite para darles a los niños, y el resto de peso que les falta? y las vacunas? nació antes y ahora qué va a pasar?... (E2)*

*...como le va a poner la sonda, hay casos en que los niños se han ido con sonda, entonces se le tiene que explicar como se pone, en caso de oxígeno, puntas nasales y en todo eso se le entrena a la mamá... (AE2)*

*...las veces que yo he visto sí se le da orientación, entra se pone su bata, se lava las manos, trae su pañalera (sacola de fraldas), entra, lo viste y se le da la orientación si lleva algún medicamento, del día de la consulta, cuándo debe traerlo; en cuanto a vacunas, sí, la enfermera le da esta orientación el mismo día del alta... (E5)*

*...primero estar bien consciente de por qué es prematuro y qué le puede pasar a su hijo, porqué es chiquito y el porqué de la tecnología...y que debe apoyarlo más por su gravedad el tiempo de internamiento... en casa cuidarlo mucho más, todos los cuidados en casa...cuando los niños se van con problemas quirúrgicos, con drenajes, regresan a rehospitalización porque se tapa, se infecta la sonda, (regresan) con sepsis... (E2)*

*... yo tendría la disponibilidad de hacer pláticas ahí mismo en un lugar que nos otorguen, juntar a la gente (los papás) que a nosotras (TS) también nos capaciten para saber como se conecta un oxígeno, para saber cómo va todo, que un doctor esté presente (en la plática) y en el lapso en que estén internados, de las personas que detectemos que van a necesitar oxígeno, hablando en ese aspecto, pues que se les de una plática no?...pero no en ese mismo día! (de alta) o sea, lógicamente estaríamos hablando de 10 días antes, que los familiares se vayan capacitando...(TS1)*

Com relação a administração de medicamentos, não há participação materna na UN, exceto se for mantida após a alta hospitalar do prematuro:

*...en las situaciones por ejemplo, la medicación o cosas mas de enfermería, ya no permitimos la participación de la mamá... (E8)*

*...la madre no participa en darle medicamentos por vía oral, solamente en la alimentación, y si el recién nacido egresara con medicamentos, pues también sería parte de la orientación que hay que darle a ella, que tipo de medicamentos va a llevar a su casa y tanto el esquema de vacunación que debe llevar sería una información aparte, fuera de lo común... (E5)*

Para que as mães possam vir à UN para o treinamento, as trabalhadoras sociais providenciam alojamento e ajuda financeira àquelas que têm necessidade:

*...sí es por falta de dinero, nos contactamos y llegamos a un acuerdo, a un convenio (con los padres), se apoya con la cuenta (\$), nosotros le apoyamos aquí, buscamos donativos para pasajes y le explicamos al familiar que no se preocupe que aquí le vamos a estar apoyando en cuenta o en pasaje...(TS1)*

*...aquí hay un albergue en el hospital y es gratuito, una persona voluntaria en la mañana va y les da el desayuno y por la tarde viene otra persona y les otorga comida pero les cobra \$ 5.00 (cinco pesos) y en la noche la cena es gratuita también, y cuando el familiar nos dice (TS) que ni 5 pesos tiene para comer, pues sí la señora de la comida nos echa la mano (nos ayuda) y se la dan gratuita... es un superapoyo...(TS2)*

*... se van los papás, y dejan a los bebés 8 días o hasta 15 días y la doctora X se enoja: "ya no me anden dejando que esa señora (mamá) no venga, esa señora se está DESHIJANDO"... "a ver que pasa con esta señora que se está deshijando con ese niño" y con cualquiera del equipo aunque sea con la trabajadora social está al pendiente para se los localicen (a los padres) para que vengan aunque sea dos veces a la semana... (AE5)*

Por outro lado, há situações verbalizadas por alguns entrevistados em que a mãe não comparece à UN, seja por dificuldades na relação com o filho ou por problemas sociais:

*...muchos papás que ni siquiera se aparecen y ya tienen la defunción... (AE4)*

*...a veces según la enfermedad que tiene el bebé, pues es triste decirlo pero no quiere verlo, (a mãe) no quiere tener contacto con él... (E8)*

*...la enfermera me lo comunica, me canaliza un caso, "oye, de este paciente nadie viene a visita" enfermería me comunica y en mi censo diario me doy cuenta si el familiar está ahí o no, si ya tiene varios días "de este caso ya hemos detectado que casi no se presenta su visita"... si hay casos que se manejan como abandono de paciente, porque resulta que después de indagar, es la madre quien no se quiere presentar, si es irresponsabilidad y los abandonan, el caso de abandono de pacientes será en un 30%, he detectado abandono (de 4 salas de pediatría que manejo)...(TS1)*

*...sí (hay casos de abandono) por eso trabajo social está al pendiente de nosotras: "todavía no ha venido la mamá?" y empezamos a preguntarnos entre nosotras "¿oye no ha venido la mamá?", no ha venido...y las mandan buscar a sus casas, pero a veces sí hay gente como que rechazan a sus bebés... los casos que me he enterado, es que son señoras de rancho que sus esposos se fueron a EUA y ellas se embarazan pero no de su pareja...pues a veces sí se logra que vengan y algunas veces de plano no, se los lleva el DIF<sup>1</sup>... (E1)*

*...Ha habido casos que si son de llamar la atención porque son niños rechazados en que la mamá no quiere verlo, no quiere tocarlo, no quiere nada con él, así han llegado casos... en otros casos que llaman mucho la atención, son niños que allí quedan, que nadie regresa...(E4)*

*...en realidad el principal (obstáculo) es ese (\$\$\$), hay el deseo de participar, el paciente va a estar viniendo frecuentemente, y si DIF municipal les dice que ya no les va a solventar el gasto, pues es allí donde los familiares como que le piensan (para venir)...(TS1)*

#### 4.4 A mãe ajuda a enfermagem nos cuidados do filho hospitalizado

A enfermagem compartilha com a mãe os cuidados relacionados à estimulação precoce e alimentação do prematuro. Esta participação é percebida por algumas enfermeiras como uma ajuda que reduz a sobrecarga de trabalho.

*...la enfermera atiende los pacientes, mas ellos necesitan que les hablen, que los toquen y ella (enfermera) a veces no tiene tiempo...bueno, en la hora de la visita, (la mamá) ya va a hablarle, tocar ... y así, antes cuando yo veía que no entraba la mamá el prematuro estaba menos reactivo...(AE1)*

*...para la estimulación temprana, la doctora viene todos los días en la mañana, ella también les hace ejercicios, para que también les hagan (los padres) ejercicios en la boquita para que empiecen a estimularse ya nomás nosotras (enfermeras) se los reforzamos y si hay alguna duda pues ya nos preguntan... como que los estimulan, como que el contacto, les empiezan a hablar, está más reactivo el bebé, él está escuchando las voces, ellos se mueven, como que le ayuda bastante, porque aunque nosotras (las enfermeras) quisiéramos estarles hablando, o estimulándolos a todos, a veces no tenemos el suficiente tiempo, y en ese aspecto pues las mamás nos ayudan bastante...y a nosotros nos ayudan ellas (mamás) si tenemos mucho trabajo, pues también es una ventaja, nos ayudan un poquito en un rato (tempinho) al darle la alimentación... (E6)*

*...porque a veces nosotros no nos damos abasto con todos los cuidados que se debe dar a cada paciente, y pues si nos ayudaría porque simplemente para darle la alimentación... pues a veces nosotros si las dejamos pasar para que nos ayuden, porque a veces es demasiada la carga de trabajo para las enfermeras que somos. En fin de semana por la falta de personal de enfermería, a veces solo hay dos enfermeras, entonces a veces se sobrellena con 8 pacientes y es cuando no nos da abasto con todo lo que se tiene que hacer. (E3)*

*... a veces el trabajo se queda sobresaturado para enfermería y el hecho que las mamás nos ayuden a dar biberón y lo sepa dar, eso da tiempo para las enfermeras continuar con las atenciones... (E8)*

<sup>1</sup> DIF. Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia.

#### 4.5 A presença materna/dos pais modifica o ambiente da unidade neonatal

A pesar de reconhecerem a importância da inserção dos pais na UN, os entrevistados também apontam desvantagens, pois a presença deles modifica o ambiente. Tal aspecto é citado particularmente pela enfermagem que está continuamente com o bebê e sente que os pais atrapalham a dinâmica do trabalho, não centram a atenção no filho e até ficam observando a realização de procedimentos rotineiros ou mais complexos:

*...la única desventaja que yo vería, es que la madre no está preparada para ello, que no se le de una capacitación antes de que entre en contacto... porque nosotras encontramos que llega la mamá y en lugar de estar mirando al bebé, anda viendo lo que estamos haciendo (enfermeras), las máquinas, y está observando otras cosas... (E5)*

*...una de las desventajas es que se deja entrar a la madre, el bebé que está al lado necesita algunos cuidados, y a veces la madre no se enfoca en su bebé, se enfoca en lo que la enfermera está haciendo...(E8)*

*...como se dice que hay problema, de que (papás) se quieren meter a la hora que no es la hora de visita, ese es el problema que nosotros tenemos en neonatología, por ejemplo la gente viene después de las 6 ó antes de las 4 que es la hora en que nosotros apenas estamos haciendo los cuidados a los niños, que la fórmula, darles los cuidados, para que a las 4: 30 pm ya estén los papas, y ese es el problema que se quieren meter a la hora que sea... hay bebés que están bien delicados y no los podemos estar atendiendo porque están los papás y no nos dejan hacer bien (las cosas)... (AE2)*

Essa situação gera na enfermagem insegurança na realização dos procedimentos diante dos pais e até medo de possíveis questionamentos ou denúncias por parte da clientela:

*...porque no estamos capacitadas, hasta tenemos miedo que los familiares vean lo que estamos haciendo, procedimientos y tal vez necesitamos de un poco mas de seguridad, porque no queremos que los familiares estén allí, pero es importante para el bebé, pero no queremos que vean que estamos haciendo algo... lo mejor es que profundicemos mas en los asuntos de la madre-hijo y Neonatología, y que hubiese un acuerdo entre el personal, y el familiar entre, aunque estemos ocupadas y nos vamos adaptando que ellos están viniendo, por eso es bien extraño porque cuando entran los familiares recomendados ... me ha sucedido que estoy pasando sonda orogástrica y no aconteció nada! (de errado frente dos pais) no se si es miedo o falta de seguridad... (AE1)*

*... y pueden haber situaciones donde a la mamá no le guste lo que (enfermera) está haciendo con otro bebé o inclusive con su propio bebé, y pues allí entran las denuncias (para el*

*gobierno o derechos humanos); ella está en su derecho, pero eso es una limitante para desempeñarnos como lo hacemos constantemente en el servicio... (E8)*

A escolaridade dos pais repercute também na relação com a enfermagem que se sente intimidada com as perguntas acerca do bebê feitas por aqueles mais preparados, chegando a serem impedidos de adentrar na UN. Também há dificuldades de comunicação com os pais de menor escolarização, principalmente porque eles não entendem as orientações oferecidas pela equipe:

*...las mamás preguntan poco, pregunta más la gente que está más preparada, una vez llegó un señor preguntándome el APGAR, entonces yo (me) dije, "ah! caray, este por qué viene hablándome del APGAR" y pues era maestro. Y me he fijado que cuando viene gente preparada nosotras nos detenemos, me incluyo, y hasta tratamos de no dejarlos pasar porque decimos -no, este es bien preguntón-, un tiempo antes había un señor que preguntaba sobre la saturación de oxígeno, o sea, cómo! y mis compañeras no lo dejaban entrar porque él preguntaba, pero la mayoría no preguntan y si preguntan es ¿ya lo bañaron? o ¿ya cambiaron el pañal?... (AE1)*

*...los que vienen de zona rural es mas difícil, no nos entienden lo que estamos diciendo... (AE2)*

*...pues yo creo que a veces lo hacen, porque no se sienten seguras de lo que pueda preguntar el familiar, no saben contestar y porque en realidad no saben el procedimiento que se les está haciendo a los niños, o no quieren dar información, es que sí hay unas compañeras muy cerradas, si se les pregunta, hasta a veces se molestan porque les pregunta el familiar... (E3)*

A falta de preparo da equipe para lidar com a mãe e família na UN é salientada, pois a formação dos profissionais, no geral, centrou-se na fisiopatologia. Assim, alguns entrevistados referem a necessidade de reciclagem contemplando os aspectos emocionais ou psicológicos do relacionamento com os pais; os cursos ministrados no local não possibilitam a ampla participação da equipe devido ao horário de oferecimento:

*...en ella (médica de estimulación precoz) nos apoyamos porque es la que está más involucrada, la que ha tomado cursos, la que está preparada, nosotros (residentes) casi no llevamos preparación, en esa área específica no, solamente lo que vemos, el enfoque es más bien hacia lo fisiopatológico y de estimulación temprana... (RP1)*

*...uno (enfermera) no está acostumbrado ni a platicar con nadie, se rutiniza uno, de la casa al trabajo y pura rutina. Aquí es bien difícil (la capacitación en el trabajo), cada quien se acomoda con sus horarios, por ejemplo el personal de la mañana hace, porque sí, hacen (cursos), la verdad yo ni vengo, pero los hacen en los horarios de los de ellas ... de hecho nos hace falta capacitación teórica, en la noche nos falta muchísima capacitación... (AE4)*

*...aquí en el hospital tenemos (alojamiento conjunto) pero con prematuros no, lo que he visto es en programas americanos, pero en México no se; también en Colombia, madre canguro y lo comenté a la enfermera jefe (de la UN) pero falta mucha preparación y mucho apoyo sobretodo para llevarlo, se debe primero estar bien documentada y para poder hacerlo, pero pues no, aquí nada más vienes a trabajar... casi casi, elegir al personal que pase y que funcione en la sala, porque no cualquiera funciona... (E1)*

A liberação da entrada da mãe e familiares na UN ainda gera na equipe a preocupação com as infecções, pois os consideram como vetores de microorganismos que podem contaminar aos bebês e a UN, daí o reforço aos protocolos para os visitantes adentrarem na unidade:

*...cuando yo comencé a trabajar en neo (UN), nos prohibían dejar a los papás entrar, solo estábamos nosotras (enfermeras) y los médicos y había menos infección ... o sea, ellos veían a los bebés desde el vidrio... pues como es gente que no vive aquí cerca, son de lejos, están en el albergue, en la calle ... entonces es importante que entre, la mamá, se lave las manos, pero no es lo mismo...la UN es una sala delicada por el tipo de paciente! (tono enfático) y yo me estaba sintiendo mal, muy mal; pues claro que tenía que dejar a los papás entrar, porque a lo mejor si ellos no volvían a tenerlos (bebés) cerca; entonces les digo, lave muy bien sus manos, se pone la bata y entre, salgo y superviso que se laven bien, mas el otro día la mamá me ve y dice "allí está aquella enojona, mejor no entro" (UN)... (AE1)*

*...pues desde la entrada si es importante el lavado de manos, se les da una bata para evitar el contacto, para prevenir infecciones... (E10)*

*...como dura mucho (bebé) en el hospital puede llegar a infectarse, tiene muchas posibilidades, pues si un adulto tiene el sistema inmunológico más desarrollado, pero se enferma con facilidad, con mayor razón un bebé de ese tamaño y eso se le explica porque quieren pasar que a la tía, la hermana, etcétera y no, únicamente los papás... (E1)*

Tal preocupação é refutada por um médico que denota nível de preparo diferenciado acerca das infecções hospitalares, conforme mostra o relato:

*...eso se cuestionó al principio, todo mundo decía que al entrar los padres iban a aumentar las infecciones y nos daba temor, y eso es lo que se ha visto, que no pasa nada, desventajas creo que no existen, claro, si se siguen las reglas cuando la mamá o el papá tienen una infección por supuesto no pueden (entrar), pero si se lavan las manos, usan la bata –en EUA ya no usan bata- pero (UN) si usamos la bata, cuando (el bebé) está enfermo, pues alguna cosa (protectora) para la madre y no pasa nada... y todos los picos de infecciones serias que se dan, no son por la entrada de los padres, son por otras cosas... (M4)*

#### **4.6 Favorecendo a participação das mães/pais: obstáculos e sugestões**

A participação da mãe/pais no cuidado do filho prematuro internado na UN, do HCIMP, é relativamente recente. Ao ser entrevistada, a equipe de saúde aponta

alguns obstáculos vivenciados e emitem sugestões para melhorar a qualidade dessa participação.

Os depoimentos de duas enfermeiras sinalizam para a falta de filosofia institucional, pois as informações e rotinas são de acesso restrito a um grupo de profissionais, geralmente aqueles que trabalham no turno de manhã:

*...de hecho yo en los 5 meses que tengo aquí he visto que toda información, manuales, todo se tiene bajo llave y solamente las personas que tienen acceso son en la mañana ...E5*

Essa e outras falas nos permite apreender que a participação dos pais ainda é um processo em construção nesta UN. A ausência de uma prática institucional que permita o livre acesso dos pais e familiares também esbarra na desinformação de funcionários dos outros setores do hospital.

*...de repente los de seguridad no los dejan entrar, pero como es sala de neonatos se les da un pase de 24 horas, entonces pueden entrar a cualquier hora, pero en general si uno (enfermera) les dice (guardia): "sabe qué? necesita entrar (el familiar) a que le de de comer, o algo así, lo dejan entrar a cualquier hora...(E7)*

*...ahora si todos los papás tienen (pase permanente,) y el vigilante tiene que respetar el tipo de pase...(TS1)*

*...pues yo creo que también influye la vigilancia, el mismo vigilante (guarda) no deja pasar ya a la familia en la noche...si, yo lo he visto, a las 9:00 ó 9:30 de la noche vienen (mamás) y a esa hora dejan su calostro para el recién nacido y se retiran... (E5)*

*...se quejan mucho de que afuera los policías no los dejan pasar o tienen que dejar al hermanito (del bebé) afuera, o sea, el problema administrativo y burocrático es muy fuerte, eso hace que haya cierta deshumanización no solo hacia los padres de los prematuros, sino de todos, la gente afuera batalla mucho... (M1)*

As divergências de conduta acerca da permissão ou não da entrada da mãe e de familiares na UN estão também presentes entre os membros da equipe, o que confirma a ausência de uma filosofia institucional nessa direção:

*...no hay programa, protocolo para la participación, es de acuerdo a la formación de cada una, y desde su punto de vista se entrena al familiar...(E9)*

*...casi el 70% nos corresponde a nosotras (enfermeras), somos quienes estamos allí las 24 horas y somos las que damos los cuidados y el otro 30% les corresponde a los médicos: "no, no quiero que me toquen a ese niño" y pues ya nosotras cumplimos la orden, pero no nos ponemos a pensar que si queremos que pase la mamá o no, solo cumplimos la orden... si porque a veces ellos (médicos) también nos preguntan si dejamos pasar a la mamá y nosotras somos quienes decimos "no, no la deje pasar"... (E2)*

*...las compañeras no hacen anotaciones si (papás) estuvieron, entonces no hay mucha comunicación (entre las enfermeras) si vienen o no vienen (papás)... (AE4)*

*...desde hace mucho yo le había comentado a X cuando ella ha estado de jefa, que había de hacer una junta y ya estando todas (enfermeras) reunidas ponernos de acuerdo en muchas cosas en las que uno no está de acuerdo, pues con el manejo del niño simplemente... hay muchas dudas simplemente con eso de la visita de los familiares, a qué hora pueden pasar, a qué hora no pueden pasar... yo pienso que hubiera más comunicación con la jefe del servicio que nos informara en realidad como deberían ser los horario.... (AE3)*

A enfermagem por estar mais freqüentemente com o prematuro pode se constituir em barreira para a participação materna e dos familiares na assistência:

*...en el tiempo que tengo aquí (UN) observé que nos sentimos propietarias del hospital, la mayoría es de base, yo aquí hago lo que quiero hacer y eso también es limitante para dejar que los familiares entren, los familiares no quieren entrar porque la enfermera está enojada y la mamá dice "vine pero la señorita fulana de tal hizo cara fea y no me dejó entrar o luego me sacó"... (AE1)*

*...porque muchas compañeras no les gusta que los familiares participen, o sea, a muchas compañeras no les gusta eso, yo pienso que debemos ser más accesibles a dejar que también el familiar participe y que también este enterado del tratamiento que se le está dando a su bebé... (E4)*

Outro aspecto que dificulta a participação refere-se às limitações da estrutura física da UN, pois o espaço físico é reduzido para comportar a circulação de grande número de pessoas.

*...por el espacio físico y ya no se permite la entrada al familiar ... (E6)*

*...el horario de visita, porque en la hora de visita todos los papás quieren ir, y el área es reducida; y que estén mucho tiempo allí, y que esté mucha gente allí (UN), tampoco es benéfico para los bebés... (E8)*

*...pues aquí las áreas físicas son muy reducidas y pues el hecho de tener allí (UN) a los papás se hace un área muy concurrida... y es una área muy pequeña, entonces aparte de incómodo pues no es práctico porque uno se estorba y como que no hay un área apropiada para que estuvieran papás y el niño y además el médico... (M2)*

*...ni el espacio porque es un espacio muy chico, donde está por ejemplo en la mañana se junta el médico, el externo, el residente, interno, adjunto, son muchos, más aparte nosotras y luego el familiar... (AE5)*

Dentre os aspectos sociais são destacados as dificuldades de deixar outros filhos em casa ou o trabalho:

*...la mayoría se acercan a ver a su bebé por propia iniciativa, son pocas las veces que se les pide, pero si ha habido mamás que duran muchos días sin ir... que viven muy lejos, que se haya ido y haya tardado en regresar, que tenga más niños y las cesáreas... (E2)*

*...el otro problema que tenemos es el de quien cuida a los otros hijos en casa... (M4)*

*...la única dificultad que yo veo es que no son de aquí, o que no puedan venir por el trabajo...(E7)*

*...ellas (mamá) se enojan (al preguntarles por la falta de visita): " tengo mucho que planchar (passar), mucho que hacer, y luego los niños, y luego no sé que"... (AE5)*

*...por tener otros hijos las mamá, entran los papás, los tíos; son los que están al pendiente...o porque las señoras están acostumbradas a hacer cuarentena... (E1)*

Quanto às sugestões da equipe para favorecer a participação da mãe/pais no cuidado do filho prematuro internado, alguns apontam a necessidade de transformações na filosofia e políticas institucional, incluindo a reorganização do trabalho da equipe e as relações com os outros setores de apoio:

*...involucrados todos, desde el personal de intendencia (limpeza) hasta el personal de los directivos, esto es todo un cambio, es un cambio de políticas, es un cambio de todo, entonces tienes que involucrar al directivo que esté de acuerdo en esas políticas, porque los padres invadiendo las salas, a veces a muchos médicos no les gusta. Esto debe venir en cascada desde que el directivo esté de acuerdo, el jefe de servicio esté de acuerdo, el médico adscrito esté de acuerdo. Las enfermeras importantísimas (enfatisa), que son a las que se les tupe el trabajo y pueden o no limitar la entrada de los padres. Aquí en nuestro hospital los residentes son importantísimos, los internos, los estudiantes, yo pienso que si todos participan esto jala, si no nos involucramos todos, no jala ... (M1)*

*...primero que se elabore un programa, porque la mayor limitante es la iniciativa (falta de) y no tenemos tiempo y la delicadeza de crear algo nuevo... es cuestión de buscar una buena estrategia, no va a ser tan difícil, es cuestión de liderazgo, encontrar un líder, que puede ser del mismo grupo pero considero que no hay un liderazgo al 100%, que haya iniciativa no hay, solo cada quién (trabaja) en lo particular...(E2)*

*...nosotros (médicos jefes) necesitamos tener los tres turnos cubiertos y pensamos de la misma manera, pero ellos (papás) como que se identifican más con los residentes de pediatría, es el que está las 24 horas del día, entonces conscientizarlos a ellos que es muy importante el modo como se les dice a los papás, platicar (médicos jefes) con los muchachos (residentes) para que los muchachos platicuen a su vez con los papás, ellos también tengan más estrecha esa relación, todo lo que uno le diga a los papás como depende del conocimiento que se le de, de la importancia que se les tome a los papás, es como los papás nos van a ayudar ... primero, que es la misma enfermera, platicar con ellas, es algo que está cambiando, salvo que ellas...es algo que ya se sabía, pero que no se está haciendo: conciencia, hemos batallado mucho (médicos jefes), lo estamos intentando y lo hemos logrado poco a poquito, es la mentalidad de las enfermeras, que ellas también son responsables, un bebé no sale única y exclusivamente por los médicos, salen por los médicos, por las enfermeras, y por todos los que entran en la sala... hay que entender que es un equipo y un equipo médico y de enfermería que colaboran en la UN y así deben de trabajar...(M3)*

Aumentar os horários de entrada dos pais na UN é outra sugestão apresentada pela equipe, normatizando os horários ou períodos e a duração. Apenas uma enfermeira menciona a liberação do acesso nas 24 horas do dia.

*...en los tres turnos si se pudiera (entrar los padres) y yo creo que ya depende ahí de los pediatras que están a cargo pues que se les diera el acceso, que llevara una continuidad... (E10)*

*...si terminaste la rutina y ya no hay otra cosa importante, entonces yo pienso que ahí aunque no sea la hora de visita pues que entre (mamá) pero el principal factor, es que el médico pusiera los horarios... (AE3)*

*...ellas (mamá) podrían participar más, que pudieran permanecer más tiempo, yo digo que si se puede, a veces 45 (minutos)...(E6)*

*...pienso que debería tener algunas horas para cada uno de los padres, con intervalo de 5 a 10 minutos y según va a dar alimentación, o va a pedir informes, pero que la participación sea en un lapso (período) de 2 horas, que los padres todos vayan pero en intervalos... (E8)*

*...yo creo que si habría de dejar a los papás allí (UN) más tiempo, de hecho no limitar tanto las horas de visita... (M2)*

*...darles espacios de visita aunque no tan largas, pero más frecuentes, mínimo dos o tres veces los papás deben ir a ver a sus bebés, aunque no duren mucho aunque duren de 10 a 15 minutos y se vayan... por día, en la mañana mínimo dos veces, en la tarde otra vez y en la noche si quieren otra vez, eso que los padres participativos sobran, lo que nos falta es involucrarlos! (enfatisa)...(M4)*

*...no está reglamentado que tengan acceso las 24 horas del día, pero yo pienso que debe reglamentarse porque ha habido y hemos sabido que no se les permite la entrada o los familiares nos han comentado: "es que no me dejan entrar"... (E3)*

Outra sugestão é decorrente da preocupação com o aleitamento materno, que poderia ser incentivado com a implantação do método canguru. Uma enfermeira menciona várias dificuldades e limitações de estrutura física para se implantar essa tecnologia de cuidado na instituição.

*...hay una tercera sala y se supone que allí pudiera servir este programa (canguro)... es una gran ventaja crear un programa para el hospital...( E2)*

*...también podría ser el mismo calor de la mamá, ya que en otras partes está el procedimiento de la mamá canguro, y yo pienso que si es más importante... que la mamá estuviera las 24 horas con el bebé... (E3)*

*...conozco perfectamente el programa (mamá canguro) en los congresos, y es muy interesante, nosotros no hemos podido echarlo a andar en el hospital porque, bueno, son pretextos verdad? (por ejemplo) el área (física), no se bañan! (las mamás); hay unas cosas que no nos caen (los médicos no gustamos)...pero es un buen programa, es lo mismo que la alimentación al seno en un niño muy chiquitito sin biberón, se contempla que eso no cuenta para niños menores de 700 g, no podemos darle con el vasito (copinho), no tiene succión, más el programa canguro es excelente...son cosas culturales, no hemos podido (implementarlo) yo lo he intentado pero no se pudo, sin embargo ahí está (la posibilidad)... (M4)*

*...a lo mejor (se puede implementar el programa mamá canguro) con los niños de neonatos 3 (incremento de peso) porque hay un poquito más de espacio...(M2)*

*...(canguro) lo veo difícil porque necesita espacio, un área especial, con clima, porque se requiere clima cálido para los bebés porque se tendrían que sacar casi completamente desnudos de la incubadora, darle individualidad (privacidad) a la mamá porque tendría que ser con una batita nada más, en donde ella se tuviese que pegarse al bebé y quedarse por horas, eso no lo veo tan fácil por el espacio y aparte porque las mamás no todas son de aquí y no todas pueden en tiempo...(E7)*

Para incrementar o treinamento dos pais para o cuidado do filho visando a sua alta sugeriram estratégias como programas de treinamento em grupo e individuais, uso de folhetos e vídeos educativos.

*...si estaría bien fomentar, hacer (planear) algo a lo que ellos entraran, algo con lo que nosotras le digamos, algo que enseñarles (enfatisa), en lo que ellos estén allí, algo que enseñar, esa es la palabra! (E4)*

*...si existiera una norma en que por turno el padre tiene que estar una o dos veces, así como checar signos vitales, tiene que estar la visita paterna y platicar con el bebé y acariciarlo en determinada forma y cantarle y decirle, esto sería sistematizado...(M1)*

*...nosotras (enfermeras) podemos elaborar algún tipo de tríptico o folleto para que se vaya con la madre (que la madre se lo lleve) cuando ella se va y si tiene alguna duda, porque a veces algo esta por escrito pero no les damos nada o todas las indicaciones se las damos verbales y aunque nos digan que si, a veces se van y no nos entienden muy bien, a veces también el nivel cultural de la mamá o del papá, que a veces no saben ni leer ni escribir, pues a veces sería bueno que yéndose a la casa (tuvieran) alguna forma de resolver sus dudas, algo que nosotras les pudiéramos dar, algún folleto o algo...(E6)*

*... no hay más que como lo práctico, así enseñarles aquí mismo, aquí está la salita que se le está poniendo un video...(AE4)*

*...a lo mejor con videos que les llamen la atención que no sea nada más hablar porque se aburren y de repente se pierden (la atención); viendo imágenes y al mismo tiempo auditivo para que capten mejor, poniéndoles ejemplos en el mismo momento (de video) y poniéndolas a participar allí entre ellos mismos... pero sería cuestión de empezar y determinar que tiempo es más conveniente o quizá dedicarle más tiempo dependiendo de ellas (mamá), individualizando. (RP1)*

*...sería bueno crear ciertos manuales, cierta educación para los padres, hace falta dar aparte de tiempo, dar algo por escrito, no hay alguien más ávido que los padres para saber acerca de sus prematuros, dar un cierto documento escrito acerca de que puedo hacer, en que puedo ayudar...sería excelente como apoyo a la persona (profesional de salud). (M1)*

A necessidade de espaço físico adequado destinado aos pais, onde possam ter privacidade, é citada por alguns profissionais:

*...el lugar donde estén (papás) debe ser tranquilo, cómodo, que esté bonito... (M4)*

*...que hubiera áreas más grandes para que pudieran estar los papás... (M2)*

*...pues de parte de aquí del hospital podría ser un área para ellos (papás)... yo pienso que un área donde esté el familiar y un área donde se desahogue...con más privacidad, porque si, se necesita un lugar para los familiares...(AE5)*

A equipe aponta ainda, a necessidade de investimentos em recursos humanos, tanto do ponto de vista quantitativo, com aumento do número de pessoal, quanto qualitativo através da capacitação profissional:

*...yo pienso que sí falta personal y valoración de cuando necesitamos más personal y cuando no, se puede hacer valorar al personal de acuerdo al exceso de trabajo... porque a veces (las jefas de enfermería da UN) dicen "es que siempre han sacado el trabajo así" y como ellas dicen "lo sacamos" cómo? quien sabe cómo pero lo sacamos, el problema no es sacarlo sino qué tanta calidad de atención le estás dando, lo están tratando como trabajo a destajo o como calidad?...(AE5)*

*...yo creo que hace falta una persona más, ahorita tenemos 8 neonatos...a veces no se les puede dar el tiempo a los papás, de estarles enseñando, requiere de tiempo, de 15 minutos a media hora y tenemos tanto trabajo que aunque uno quisiera no tenemos tiempo para poder ofrecérselas a todos como debe ser y (se precisa) una gente más (aumentar una enfermera) en esos casos que hay más trabajo o que los niños estén más delicados para poder atenderlos...(E7)*

*...no tenemos una persona específicamente (TS) que vaya (al hogar) pienso yo que también sería bueno (tener una más) a lo mejor se darían cuenta (de la evolución)...(TS1)*

*...entonces primero educar bien al personal, de cómo tratar a los papás y como hacer que ellos nos tengan confianza, para que nosotros podamos ayudarlos también a que empiecen a adquirir conocimiento, y la forma de ayudar a sus bebés...al implementar algo, sí sería trabajar mucho con el personal, identificar quienes se rehusan un poquito para conquistarlas ... capacitar más al personal, retroalimentar al personal, porque no vamos a trabajar rutinas...(E1)*

*...lo que nos pueden dar son pláticas de cómo dar mas estímulo al bebé... si, que nos dieran cursos de apoyo a la lactancia, de estimulación temprana...(AE2)*

*...para que mejorara, pues dar información al mismo personal, para poder tener más en cuenta el ámbito psicosocial, la esfera psíquica del paciente, tratar de motivar al personal enfocándose al área psíquica del prematuro...tocar ese tema (vínculo madre-hijo) y tratar de motivar...(E5)*

*...sí quisiéramos saber más pero a veces no se nos da la facilidad a veces en la jefatura por tiempo, por ejemplo para congresos, batallamos muchísimo para que nos den los días para poder ir, que no hay gente para cubrir y eso te va apagando y te dedicas igualmente a la rutina simplemente y ya, es todo... como que ya a uno se les va quitando las ganas de investigar más, saber más...(E3)*

*... a veces es necesario sugerir, (tener) capacitación, mayor información, con el tiempo que llevo aquí en neos (UN), me gustaría que se hiciera algo más (sentir) que puedo cambiar algo, a largo plazo... (E2)*

## 5. Refletindo sobre a participação das mães/ pais na unidade neonatal

A importância da participação materna e dos pais no cuidado do filho prematuro em UN é apontada por todos os entrevistados e está em consonância com os estudos desenvolvidos (BARBOSA, 1990; DAVIS et al., 2003; SOUZA; OLIVEIRA, 2003) e com as recomendações para a sua implantação nas UNs, desde o cuidado intensivo até a alta hospitalar (KLAUS; KENNEL, 1970; NASCIMENTO, 1985; COMITÊ DE NEONATOLOGIA, 1988; RIKLI, 1996; FELICIANO, 1999; ROBISON, 2003).

No geral, os estudos sobre a inserção da família na assistência à criança hospitalizada estão centrados na participação materna, fato compreensível pois historicamente a mulher tem assumido o papel social de responsável pelo cuidado da família.

Souza e Angelo (1999) realizaram estudo sobre a experiência do pai na UTI pediátrica especializada em cardiopatias congênitas, em um hospital público, na cidade de São Paulo. Apreenderam que o pai, ao participar do cuidado do filho hospitalizado, vivia essa experiência se percebendo como tomador de decisão, no papel de apoiador da esposa e filho e tentando conciliar essa vivência com o seu cotidiano no trabalho. Esses significados refletiam o papel do homem na sociedade, como o de detentor do poder e provedor da família.

Transformações nas relações sociais de gênero têm sido evidenciadas. Atualmente, se sabe que o pai pode ter comportamentos maternos, devido a sua capacidade para se identificar regressivamente com o bebê (DÍAZ et al., 1993).

O estudo de Gomes e Resende (2004), desenvolvido na perspectiva psicanalítica, coloca que, hoje, a figura paterna se encontra em reconstrução,

sendo que o pai expõe sua face afetiva, está mais presente e se identifica com as exigências contemporâneas da família, de modo oposto à concepção tradicional que se caracterizava pelo distanciamento físico e afetivo. Essa reconstrução social contextualiza a posição de alguns dos entrevistados (médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem) que valorizaram a inserção do pai no cuidado ao prematuro em UN, sinalizando para uma possibilidade de ampliação do cuidado na instituição em estudo.

Nesse sentido, concordamos com Souza e Angelo (1999) quando colocam que a enfermeira não preenche o espaço de cuidado junto à criança e que o pai tem o direito legítimo e legal de estar presente, durante a internação do filho.

Na literatura da área de Neonatologia, o modelo de atenção centrado na família tem sido enfatizado. Envolve um conjunto de filosofias, princípios e práticas, que coloca a família no centro da assistência, compreendendo-a como o recurso primário de força e suporte, sendo importante para a tomada de decisões na assistência ao bebê (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2003).

Robison (2003) recomenda que os profissionais de saúde devem oferecer suporte consistente e padrões de qualidade da assistência, baseada em respeito, responsabilidade e nas necessidades da família.

Com relação aos significados atribuídos pelos entrevistados que a participação das mães/pais na UN favorece a estabilidade clínica do prematuro e o seu processo de crescimento e desenvolvimento, constatamos que está de acordo com aquele atribuído pelos enfermeiros envolvidos no cuidado da criança hospitalizada, entrevistados em alguns estudos.

Assim, Barbosa (1990), em estudo quantitativo com enfermeiras de alguns hospitais e maternidades do município de São Paulo, verificou que todas as entrevistadas relataram que é importante a participação da mãe na assistência ao recém-nascido prematuro, apontando que a mãe fornece estímulos primordiais para a evolução benéfica e rápida do filho, que apresenta maior ganho ponderal e recupera-se mais rapidamente, auxiliando no desenvolvimento físico, mental e afetivo da criança. A separação do binômio mãe filho foi citada como fator que afeta o crescimento físico e mental da criança.

Nesse sentido, trazemos também o estudo qualitativo de Souza e Oliveira (2003), que teve como objetivo descrever a participação das mães na prestação dos cuidados aos filhos e analisar as experiências da equipe de enfermagem sobre os cuidados prestados pelas mães, em uma unidade de internação de um hospital infantil do Rio de Janeiro. As enfermeiras expressaram, por unanimidade, que a participação da mãe no cuidado é positiva para o tratamento e recuperação da criança hospitalizada.

Tal aspecto também é constatado por Collet (2001), em pesquisa qualitativa que analisa o sentido ou significado pela equipe de enfermagem acerca da extensão da participação das mães no cuidado, numa unidade pediátrica com sistema de alojamento conjunto, em um hospital público de Cascavel, Paraná. Os entrevistados enfatizaram que essa participação traz muitos benefícios, dentre eles a recuperação mais rápida da criança.

No estudo de Barbosa (1990), as enfermeiras apontaram como vantagem o ganho ponderal e a possibilidade de reduzir o tempo de internação.

Na perspectiva das mães, metodologias assistenciais que possibilitam uma participação mais ativa no cuidado, como o canguru, também são

destacadas como favorecedoras do ganho de peso mais rápido, crescimento e desenvolvimento do filho prematuro e a possibilidade de ter alta hospitalar precoce (FURLAN, 2002; CAETANO, 2004).

Quanto ao desenvolvimento, Davis et al. (2003), em revisão integrativa da literatura e meta-análise, referem que pesquisas recentes confirmam a fundamental importância da qualidade da interação entre a mãe e filho para o desenvolvimento do bebê, pois influi nas condutas comportamentais e cognitivas do bebê e modela a arquitetura do cérebro.

A importância do estímulo propiciado pelos pais para o processo de crescimento, desenvolvimento e estabilidade clínica e do prematuro tem sido destacada em estudos sobre o cuidado desenvolvimental.

Para Robison (2003), especialista em desenvolvimento do recém-nascido, o cuidado desenvolvimental implantado nas UNs nos últimos anos tem se mostrado efetivo, o que pode ser comprovado através dos resultados de estudos controlados demonstrados por seus efeitos clínicos, a saber: redução da dependência do ventilador, melhoria do ganho ponderal, início da sucção não-nutritiva mais cedo, auto-regulação, melhoria neuro-comportamental, redução do tempo de hospitalização e dos custos do cuidado.

Outra vantagem advinda da presença das mães/pais de prematuros na UN é a interação mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo entre eles, apontada pelos entrevistados e na literatura.

Estudos e teorias sustentam a importância da mãe e do pai se relacionarem com o filho, visando ao desenvolvimento da personalidade sadia, e à formação de uma base segura para o vínculo e apego mãe-filho (BOWLBY, 1954; 1995; KLAUS; KENNEL, 1970).

Com base na literatura, Linhares (1999) aponta que o nascimento prematuro tende a ser uma experiência emocional estressante para a maioria das mães, que pode implicar muitas vezes na diminuição da qualidade dos cuidados dispensados à criança. Durante a hospitalização do prematuro em UCIN, a visita materna ao filho pode se constituir em momento de grande ansiedade e aversivo, sendo evitada pela mãe. Por outro lado, quando há o livre acesso, as visitas podem perder o caráter temporário e a mãe acaba permanecendo períodos extremamente prolongados na UN, afastando-se de sua rotina de vida. Além desses aspectos, com a sobrevida e alta hospitalar do filho, surgem questões relacionadas à trajetória do desenvolvimento da criança, sendo que aquelas nascidas de muito ou extremo baixo peso constituem em grupo de altíssimo risco para apresentar problemas de desenvolvimento e de adaptação psicossocial ao longo da vida.

Tem-se ainda destacado a importância da interação mãe-filho no sentido de prevenir os danos pela separação precoce, os quais podem ser leves até graves como a síndrome da criança espancada e o abandono, bem como a sua relevância para a formação adequada do vínculo e apego (BOWLBY, 1954, 1989; KLAUS; KENNEL, 1970; HARPER, 1976; ESPINOSA et al., 1979; PAINE; SPEGIORIN, 1981; FONCERRADA et al., 1987; GARZA et al., 1992; BOWLBY, 1995; FERREIRA et al., 1998; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1998, 2002; ROBISON, 2003; ANDERSON et al., 2003; MIKULINCER; SHAVER, 2003).

A relação mãe-filho pode ficar comprometida quando do nascimento pré-termo e com o processo de hospitalização, que pode ser de longa duração dependendo do estado do bebê (BARNETT et al., 1970; KLAUS; KENNEL, 1970).

Bowlby (1954; 1995) considera essencial para a saúde mental do recém-nascido e da criança em tenra idade, o calor, a intimidade a relação constante com a mãe (ou com outra pessoa que a substitua em caráter permanente). Tais cuidados evitam o processo de privação maternal.

O sistema de apego funciona durante a vida toda; os pensamentos e condutas de busca de proximidade com figuras de apego aumentam durante períodos de estresse ou experiências traumáticas. Essas figuras de apego são de apoio e suporte, ajudam no enfrentamento e ajustamento (MIKULINCER; SHAVER, 2003).

Cabe a nós refletir sobre o que acontece com o prematuro, que ainda não consegue organizar e estruturar seu comportamento pela sua imaturidade, e não pode agir para buscar essa proximidade, bem como refletir sobre as necessidades e vivência dessa família. Na assistência devemos propiciar uma maior interação da família com o bebê em situação de risco de morte, em estresse e a mercê da assistência complexa e, no geral, traumática.

Acreditamos que os cuidados que a mãe provê ao filho, as visitas dos pais à UN, correspondem ao vínculo que os pais querem estabelecer com o filho, através da sua proximidade, e assim, tentam passar para o bebê o seu amor. Nesse sentido, concordamos com os resultados do estudo de Collett (2001) que mostrou que para as mães, na sua presença, os seus filhos se sentem mais protegidos, seguros, confiantes e recebendo carinho.

Bowlby (1989) refere os comportamentos que caracterizam a conduta de *crianza*<sup>1</sup> e de apego estão, de algum modo, pré-programadas e, portanto,

---

<sup>1</sup> Palavra do espanhol, significa o ato de educar, alimentar, satisfazer as necessidades do filho. Será utilizada em nosso estudo para não confundir com a palavra criança, que denota um infante.

preparadas para se desenvolver; isso significa que o progenitor de um bebê tem o poderoso impulso de se comportar de maneira típica, por exemplo, abraçar ao bebê, dar conforto para ele, mantê-lo abrigado, protegê-lo e alimentá-lo. Porém, isso pode nem sempre se manifestar assim, pois os detalhes são aprendidos através da observação da conduta de outros pais e do modo que seus próprios pais trataram a ele e seus irmãos.

Desta forma, consideramos que a presença dos pais é muito importante para o desenvolvimento e aprendizado da conduta de *crianza* e do apego ao filho, sendo acompanhados pela equipe e em contato com outros pais.

A participação da mãe no cuidado é importante porque se estabelece, fortalece e impede a quebra do vínculo mãe-filho (BARBOSA, 1990), é um elo importante na hospitalização infantil. Nascimento (1985) e Souza e Oliveira (2003) afirmam que a presença da mãe traz benefícios e saúde física e mental para ambas as partes.

Harper (1976), em estudo quantitativo num hospital de North Shore, USA, constatou que 85% dos pais estudados relataram que sentiram que segurando seus filhos no colo fazia com que os bebês sentissem mais amados e seguros.

Os entrevistados no presente estudo mencionaram reações favoráveis dos bebês diante da interação com os pais, fato também constatado por Barbosa (1990), em cuja pesquisa as enfermeiras referiram que os bebês percebem a presença das mães, reagem quando são acariciados, escutam a voz da mãe, reconhecem-na, correspondem a troca de olhares e ficam mais calmos e relaxados.

Bowlby (1995) cita que manter uma criança em contato com seus pais, deva ser considerado como o primeiro princípio da assistência psicológica à

criança doente, tendo como foco a prevenção da privação e de alterações futuras da saúde física e mental do ser humano.

Essas alterações ou distorções podem ser temporais ou permanentes, pois a força do apego é determinante para a sobrevivência do bebê e seu desenvolvimento ótimo (KLAUS; KENNEL, 1970).

A criança prematura ou de baixo peso ao nascer tem maior probabilidade de ser vítima de patologias decorrentes de uma relação mãe-filho inadequada, e nesse sentido a rejeição materna está sempre implicada (PAINE; SPEGIORIN, 1981).

Para desenvolver intervenções preventivas de maltrato das crianças, decorrente da separação precoce ao nascimento, Foncerrada et al. (1987) propõem que a equipe deva apoiar à mãe e a modelagem maternal.

A partir dos resultados de estudos de várias décadas e, atualmente, das pesquisas acerca das práticas nas UNs, tais como o contato segurando o filho no colo, carícia, massagem, contato pele-a-pele e cuidado canguru, Davis et al. (2003) afirmam que, em resposta aos benefícios do manejo afetuoso dos bebês mais frágeis, as UNs têm tentado expandir os papéis dos pais, adotando a visita irrestrita e encorajando a participação deles no cuidado.

A American Academic of Pediatrics (1998) preocupada com os efeitos da separação precoce mãe-filho, recomenda que a família deve estar presente em todas as unidades neonatais, particularmente naquelas que assistem clientela de alto risco, pois é cada vez maior a sobrevivência de bebês mais imaturos que requerem longos períodos de internação.

Nesse sentido, a American Academic of Pediatrics (2003) salienta que o cuidado centrado na família está fundamentado na compreensão que a família é para a criança a primeira força e suporte e têm benefícios em vários sentidos.

Sintetizando os resultados recentes do cuidado centrado na família, aponta as seguintes vantagens: quando a família está presente nos procedimentos, reduz a ansiedade para ambos, criança e família; as crianças submetidas a cirurgia têm menos dor, a sua recuperação e alta são mais rápidas; no aspecto emocional, a criança e a família têm maior satisfação e capacidade de enfrentamento e adaptação durante a hospitalização e após a alta; os pais participam da tomada de decisão inclusive no planejamento de novos hospitais. Para a equipe aumenta a sua satisfação no trabalho, pois quando aliada com a família melhora a tomada colaborativa de decisões; institucionalmente se reduzem os custos e a necessidade de serviços adicionais, e na saúde perinatal se reduzem as taxas de nascimentos de baixo peso e pré-termo (AMERICAN ACADEMIC OF PEDIATRICS, 2003).

Assim, recomenda o uso do modelo de cuidado centrado na família, em que o núcleo seja o bem-estar dessa família, desde o período pré-natal, nascimento, internação, seguimento e assistência de suporte após a alta.

A relevância do treinamento da mãe/pais, durante a permanência do filho prematuro na UN, é discutida por especialistas e pesquisadores, havendo recomendações e diretrizes para seu desenvolvimento sistemático (NASCIMENTO, 1985; BARBOSA, 1990; BROWN; RITCHIE, 1990; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1998; 2003; COLLET, 2001; ROSSATO-ABÉDE; ANGELO, 2002; SOUZA; OLIVEIRA, 2003; COLLET; ROCHA, 2004; GAÍVA; SCOCHI, 2004b).

Segundo os profissionais entrevistados em nosso estudo, os pais desejam cuidar do filho, porém eles vivenciam sentimento de medo, ante o filho pequeno, e medo de fraturá-lo e lastimá-lo.

Caetano (2004) em seu estudo, que teve como um dos objetivos identificar o significado para mãe e família de sua vivência no método canguru, constatou que os pais também demonstraram sentimento de medo ao se deparar com a aparência frágil e a saúde sensível do filho prematuro.

Outra dualidade por nós considerada é que os profissionais aceitam a participação dos pais, mas eles ainda têm ambigüidade dos papéis de cada um nesse processo de cuidado, às vezes apoiam e às vezes não apoiam os pais.

Brown e Ritchie (1990); Rossato-Abéde e Angelo (2002), afirmam que a maneira da enfermeira prestar cuidado e apoiar aos pais, permitir a presença deles na UN, e o papel que eles desempenham durante a sua participação no cuidado ao filho estão relacionados ao sistema de crenças, às atitudes, normas sociais, aos valores e às expectativas das enfermeiras.

No treinamento que as mães recebiam na UN investigada, elas participaram principalmente em cuidados higiênicos e de alimentação ao filho, ou seja, os cuidados de maternagem. Tais achados reforçam aqueles encontrados por Nascimento (1985) em oito unidades de internação pediátrica de Recife/PE, e por Souza e Oliveira (2003) em um hospital infantil universitário do Rio de Janeiro.

Dando relevância à participação materna nos cuidados ao filho prematuro, no estudo de Feliciano (1999), em São Carlos-SP, com as mães que tiveram os filhos internados em uma UTI Neonatal de um hospital filantrópico, na opinião das mães, consideraram que o cuidado proporcionado na UN traz

vantagens quando o filho vai para o lar, pois aumenta a confiança para ela atender o bebê e enfrentar as dificuldades decorrentes da situação particular do filho.

Mello (1998) realizou um estudo com o objetivo de apreender os cuidados domiciliares prestados à criança prematura e de baixo peso, no seguimento no primeiro mês de vida, após a alta hospitalar, através de observação e diálogo com a mãe. Emergiram, entre outros, dois aspectos quando as mães falaram sobre o período de hospitalização do bebê, um quanto aos conhecimentos relevantes adquiridos para o cuidado da criança e outro é o desenvolvimento de autoconfiança para o período após a alta. A autora afirma que as mães procuram aprendizagem e apoio e esse suporte profissional, em particular o de enfermagem, está vinculado aos cuidados básicos de higiene, alimentares, terapêuticos e conforto, havendo envolvimento emocional e orientações educativas.

Destacamos que esse suporte se dá no processo de interação entre os pais/familiares e os profissionais, pressupondo relações de confiança e apoio.

A depender da organização da assistência, a clientela pode não sentir o apoio dos profissionais, conforme mostra o estudo de Feliciano (1999), no qual a enfermeira não foi apontada pelas mães como fonte de apoio, portanto, diferindo dos achados de outras pesquisas citadas.

Refletindo a esse respeito percebemos que ainda temos lacunas decorrentes do desconhecimento se as orientações recebidas pelas mães atendem as suas necessidades, motivação para estudos futuros. A inserção das mães/pais no cuidado do filho prematuro dentro da UN, tem se dado de forma

mais passiva, sem poder de decisão, sendo delimitada pelos profissionais de saúde.

O cuidado proporcionado pela mãe na UN está ligado a um processo de treinamento, formal ou informal, no qual as mães aprendem ou realizam cuidados de maternagem e de acordo com o estado clínico do filho, passam a fazer alguns cuidados especiais se o prematuro for depender deles no domicílio. Esse treinamento é feito, principalmente, pela enfermeira que orienta e supervisiona as mães na realização dos procedimentos.

Nascimento (2003) no seu estudo que objetivou desenvolver uma referência teórica a respeito das vivências das famílias que têm uma criança com câncer, afirma que, informar aos membros da família sobre a doença e terapêutica proposta, bem como ouvir suas dúvidas, exige sensibilidade dos profissionais de saúde. Na interação entre os profissionais e os familiares, as mensagens emitidas ou omitidas têm significado intenso e envolvem sentimentos. Assim, instruir pais e familiares com informações que os tornem aptos para lidar com as diversas demandas do plano terapêutico foi considerado essencial para o cuidado da criança e de suas famílias. Além disso, os familiares observaram o modo como as informações lhes eram transmitidas, o que os fez sentirem-se ou não acolhidos. E assim, o plano terapêutico precisa ser construído e reconstruído em conjunto com os profissionais e familiares, de acordo com cada etapa do processo saúde-doença e com as interações que vão ocorrendo.

Desse modo, concordamos com Nascimento (2003) quando refere que os profissionais podem apoiar a família indo além da transmissão de informações, para que se sintam amparados e possam lidar com as demandas da doença. Além disso, afirma que há necessidade de os profissionais utilizarem um

instrumental que amplia a coleta de dados sobre a família, auxiliando no planejamento do cuidado dirigido às necessidades do sistema familiar, que por sua vez permite identificar pessoas significativas para o cuidado da criança e responder às demandas no transcorrer da assistência à família.

Tendo como pano de fundo a negociação do cuidado entre a enfermagem e as mães da criança hospitalizada, Collet e Rocha (2004) consideram que a inserção da família na assistência à criança hospitalizada desencadeia nova forma de organização do trabalho da enfermagem, tendo em vista que a mãe passa a realizar muitos cuidados ao filho, que antes foram de competência exclusiva da enfermagem, especialmente aqueles relacionados à higiene, alimentação e apoio emocional à criança.

Acreditamos que treinar os pais sobre como cuidar e/ou prepará-los para alta implica dotá-los de competências, quando se têm como eixo o cuidado centrado na família.

Neste treinamento são passadas as informações às mães, seja pela sua própria necessidade ou pela decisão da equipe de informá-las. No estudo de Barbosa (1990), as enfermeiras, por unanimidade, concordaram que a mãe deve ser informada da evolução do quadro clínico de seu filho prematuro, enquanto um direito seu, para que ela tenha autocontrole e vá se preparando para um bom ou mau prognóstico, e também para ser mais cooperativa com os profissionais. Desatacaram ainda, que é necessário ensinar à mãe a cuidar do filho como preparo para a alta do bebê.

Porém, esse treinamento e informações são decorrentes das posições dos profissionais na divisão técnica e social do trabalho. Assim, quando o médico informa à mãe/pais sobre a condição do filho, o diagnóstico, o tratamento e a

evolução clínica, é porque tem assumido o controle do processo de trabalho na UN como um todo. No trabalho não médico, a enfermeira coordena, orienta e supervisiona o pessoal de enfermagem e outros funcionários, assim como controla a organização do ambiente (GAÍVA; SCOCHI, 2004a).

Trazemos o sentido de controle e hierarquia dos profissionais, para entender o lugar onde os pais ficam neste processo de trabalho na UN, e acreditamos que essa posição é mais uma das dificuldades com as quais a mãe lida no seu processo de acompanhar o filho. Assim, Gaíva e Scochi (2004b) verificaram que, no geral, o cuidado materno é visto como uma obrigação e o relacionamento com a família é impessoal, normativo e autoritário.

Nessa relação prevalece uma assimetria na comunicação, colocando a mãe como mera executora de uma ordem (GAÍVA; SCOCHI, 2004a), criando-se uma relação hierarquizada de dominação-subordinação entre mães e equipe de enfermagem (COLLET, 2001), havendo também atuação com paternalismo e domínio da enfermagem sobre o cliente, que fica em desvantagem para a tomada de decisão (SANTOS; PADILHA, 2002).

Neste contexto de divisão técnica e social do trabalho, os pais detêm papel passivo diante dos profissionais e a participação pode não estar sendo vivida como um direito (MACHADO; VIEIRA, 2004). Mas sim, como um conjunto de ações ditadas pelos profissionais de saúde.

Na visão da equipe entrevistada, no presente estudo, a mãe e os pais são pessoas externas ao processo de tratar/cuidar, portanto, não são vistos como parceiros, mas sim como indivíduos que precisam ser treinados, denotando uma concepção limitada de treinamento da clientela.

Atualmente, com a maior sobrevivência de bebês cada vez mais imaturos e de menor peso ao nascer, muitos dos sobreviventes saem de alta hospitalar ainda dependentes de tecnologias de cuidado. A equipe multiprofissional entrevistada citou alguns casos de altas de neonatos com gastrostomia e dependentes de oxigênio e medicação, cujos cuidados são orientados à mãe.

Recomenda-se o planejamento da alta com a educação dos pais, os quais deverão ser envolvidos e participar do cuidado ao filho na UN, desde sua admissão, tendo como um dos efeitos positivos a aquisição de habilidades para a continuidade do cuidado em casa (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1998).

Refletindo sobre esse novo paradigma e em consonância com as recomendações atuais, consideramos que as crianças que nasceram prematuramente, quando egressas da UN, ainda se encontram em situação de risco. Essas crianças têm mais riscos de morrer ou de ficar com seqüelas e após a alta, podem precisar de alguns cuidados especiais que devem ser aprendidos pelos pais. Algumas delas podem ser dependentes de tecnologia para apoiar a respiração, para se alimentar por sonda, dentre outras. Os pais precisam conhecer essa tecnologia, os sinais de evolução favorável ou de complicações, para serem competentes no cuidado do filho em casa.

Em consequência, concordamos com Feliciano (1999), que afirma que os pais precisam de uma rede de apoio, tanto formal, quanto informal, advinda dos profissionais e do grupo social, respectivamente. Todavia, essa rede nem sempre está disponível.

Outro aspecto a considerar é que os pais podem estar ou não treinados para esse cuidado, como já foi apontado, dependendo das crenças, normas

sociais e atitudes dos profissionais. Consideramos que isso deve constituir uma preocupação para enfermagem, pois a redução do risco do bebê no lar, depende de a mãe conhecer os riscos do filho ser prematuro, a sua necessidade de cuidado visando prevenir as complicações.

Acreditamos que os serviços neonatais mexicanos estão, gradualmente, reconhecendo a importância desse treinamento para dar continuidade ao cuidado do bebê no domicílio, porém, na UN em estudo, as orientações recebidas pela mãe/pais são genéricas, dependentes da patologia do bebê e, muitas vezes, ocorre no momento da alta. Para Feliciano (1999) esse momento é de estresse para a família e a mãe não se encontra apta para absorver novos aprendizados.

Segundo Collet e Rocha (2004), a inserção de um acompanhante e seu envolvimento no processo terapêutico, influencia as atitudes dos profissionais de saúde quanto a participação dos pais no cuidado à criança hospitalizada, e abre a possibilidade de desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia de ambos na relação.

Mas nessa relação com a equipe de saúde, as mães podem ajudar ou atrapalhar, dependendo da postura frente as situações (COLLET, 2001).

O cuidado que a mãe presta ao filho, gera um elo no processo de trabalho e, assim, a mãe e a enfermagem se encontram dividindo e compartilhando o cuidado. As mães querem participar da assistência do filho, sentem-se co-responsáveis e assumem esse papel no cotidiano, sendo vistas como apoio no processo de hospitalização (COLLET, 2001).

Ao mesmo tempo, ao executar os cuidados de maternagem como alimentar o filho na UN, trocar fraldas, dar banho e executar outras medidas de higiene, as mães não são reconhecidas como agentes do processo de trabalho

na UN, e estão presentes no hospital na condição de cuidadoras. As mães reduzem a carga de trabalho da enfermagem, participando de alguns momentos do processo terapêutico, sendo vistas como agentes de colaboração (MONTEIRO FILHO, 1988).

Nesta direção, Darbyshire (1993) afirma que, no sentido instrumental tecnológico, os pais são essenciais pelo seu valor funcional, como força de trabalho. Tal perspectiva, foi evidenciada em nosso estudo pois para alguns entrevistados a participação materna significa a presença de recursos que ajudam no trabalho.

De maneira semelhante ao nosso estudo, Souza e Oliveira (2003) aludem que essa necessidade de ajuda é decorrente da falta de funcionários, sobrecarregando a equipe de enfermagem e, assim, a mãe alivia essa carga dividindo as tarefas.

Por outro lado, a equipe não tem conceitualizada essa participação e nem definidos os papéis dos pais e dos profissionais, sendo que os primeiros são considerados como ajuda e compartilham a carga de trabalho. Assim, Gaíva e Scochi (2004b) consideram que o profissional tem visão distorcida acerca da finalidade da mãe na unidade, mão-de-obra que ajuda a equipe de enfermagem. Collet e Rocha (2004) afirmam que a forma como vem se dando essa participação não contribui para a construção do cuidado compartilhado, e fortalece a execução do cuidado fragmentado, dividido em partes, de acordo com o valor atribuído a cada cuidado.

Segundo Lima, Rocha e Scochi (1999, p. 38), *“trazer a mãe ou responsável para a enfermagem não é uma questão simples pois implica na reorganização do processo de trabalho em nível teórico e prático”*.

Mesmo sendo considerado como agente de colaboração no trabalho, dependendo dos momentos e atividades da rotina do serviço, a presença dos pais na UN modifica o ambiente e, em determinadas situações, os entrevistados verbalizaram que eles atrapalham a dinâmica do trabalho, sobretudo quando da realização de procedimentos como medicação, testes clínicos e outros procedimentos mais complexos no tratamento. Tais aspectos também foram apontados por Nascimento (1985). Na visão das enfermeiras, as mães devem ajudar sem serem invasivas (COLLET, 2001).

Isso significa que as mães/pais podem permanecer na unidade mas sem romper as regras do serviço e, para tal, a equipe, em especial a de enfermagem, fixa horários de acesso dos pais a UN.

Apreendemos aí uma dualidade na percepção dos entrevistados, que consideram relevante a participação dos pais, mas a enfermagem pode ser uma das principais barreiras para essa permanência, porque as enfermeiras acham que os pais são fonte de estresse e consomem o seu valioso tempo (RIKLI, 1996); assim, os pais colaboram, porém, às vezes, atrapalham o trabalho.

Brown e Ritchie (1990) discutindo a percepção de enfermeiras acerca do papel no cuidado a criança hospitalizada, constataram que há uma contradição aparente entre os depoimentos e a conduta da enfermeira frente aos pais, como por exemplo, não passar informações suficientes acerca da condição do filho, não provê-los de cuidado, e a crença que essa participação é valiosa.

Permitir ou não a entrada dos pais e a sua participação no cuidado, é questão do controle e exercício de poder, pois essa autoridade profissional é reconhecida e acatada pelas mães diante da capacidade e poder da organização de solucionar seus problemas (MACHADO; VIEIRA, 2004).

Por causa do desconhecimento do ambiente da UN, dos equipamentos, aparelhos, rotinas, e pelo desejo de comparar o filho com outros, os pais também ficam atentos à estrutura física da unidade e à condição dos outros bebês internados, além de observar o que a enfermeira faz. Esse comportamento dos pais pode significar, para a equipe, que a mãe/pai está controlando ou fiscalizando o trabalho de enfermagem. No estudo de Rossato-Abéde e Angelo (2002) as enfermeiras entrevistadas mencionaram que alguns pais atrapalham quando ficam conversando com outros pais ou querendo saber das outras crianças; eles querem saber tudo. Por outro lado, outros pais colaboram quando ajudam no cuidado e aí há um bom relacionamento com a enfermagem.

Consideramos que esses comportamentos dos pais, são formas de enfrentar o medo e estresse causados pela nova situação, de ter o filho diferente e internado num ambiente físico que na visão dele pode ser hostil. As mães participantes do estudo de Mello (1998) referiram que elas ficavam observando o trabalho de enfermagem com o sentido de aprender alguns cuidados administrados ao filho prematuro.

Acreditamos que, se não forem criados espaços de escuta para manifestação de sentimentos dos pais, dificilmente, a enfermagem e os pais poderão harmonizar seus papéis no cuidado do bebê na UN.

Brown e Ritchie (1990) apontaram que as características dos pais quanto ao seu nível de conforto com o cuidado prestado, ao seu estado emocional e a familiaridade com hospitais, influem nos papéis que a enfermagem e os pais desenvolvem diante do cuidado.

Esse comportamento materno e da família de observar tudo e fazer perguntas, gera insegurança nos profissionais diante da realização de

determinados procedimentos, pois a enfermagem sente-se mal preparada para responder aos questionamentos dos pais. A presença dos pais pode intensificar os questionamentos acerca do processo diagnóstico e terapêutico (FURLAN, 2002).

Consideramos que essa insegurança, além da falta de conhecimento, pode ser gerada pela falta de habilidade em interagir com a clientela e com os outros profissionais, não havendo um trabalho de equipe.

A preocupação da enfermagem com a infecção decorrente da entrada dos pais e familiares na UN carece de maior embasamento científico. Scochi (2000), abordando sobre as transformações na assistência ao prematuro, refere que, com a incorporação das questões psicológicas à prática assistencial, houve uma tendência de inserção mais ativa dos pais no cuidado do filho, inclusive na assistência em unidades de terapia intensiva. Os outros membros da família que antes eram proibidos de adentrar nas UNs, passaram a se relacionar com o prematuro durante a longa hospitalização, sempre que necessário, desde que planejado de forma individualizada. Os resultados das pesquisas microbiológicas e epidemiológicas evidenciam que essa prática não causou aumento nos índices de infecção hospitalar. Assim, os fundamentos da profilaxia da infecção foram revistos, sendo o foco das medidas restritivas de isolamento deslocado para o uso de materiais descartáveis e procedimentos de desinfecção dos equipamentos e das mãos dos cuidadores.

Estes resultados reforçam a necessidade de atualização dos conhecimentos da equipe da UN investigada, em especial sobre psicologia familiar, apego mãe-filho, relacionamento interpessoal e direitos humanos, para

uma atuação mais adequada visando transformar o modelo de atenção à saúde vigente, conforme recomenda Scochi (2000).

No desenvolvimento de qualquer projeto, sempre é possível encontrar obstáculos, os quais foram percebidos pelos profissionais da UN em estudo, sendo apontadas sugestões para solucioná-los.

Chama-nos a atenção as dificuldades apresentadas decorrentes da falta de planejamento ao se implantar ações dirigidas à inserção da mãe e família na UN, as quais poderiam ser amplamente discutidas entre a equipe neonatal e com os outros setores do hospital.

Como consequência tem-se a falta de integração e articulação bem como a presença de condutas divergentes entre os profissionais da equipe e de outros setores, as quais decorrem, principalmente, da ausência de uma filosofia institucional, que possibilite o envolvimento e a maior participação dos pais, compreendidos dentro da UN como parte da assistência mais integral e individualizada.

Estudos que descrevem os resultados da participação dos pais em UN, também apontam esses obstáculos decorrentes da falta de filosofia ou programas que direcionem as ações da instituição, dos profissionais, do pessoal de gerenciamento e dos pais de forma integrativa, para incentivar essa participação. Além disso, também é destacada a necessidade de mudanças no modelo de atenção, na perspectiva de humanização do cuidado, pois a assistência a essas crianças ainda tem ênfase no aspecto clínico, priorizando-se os cuidados técnicos, dentro de um modelo biologicista do cuidar, deixando em segundo plano o envolvimento com a família (SCOCHI; MELLO; MELO; GAÍVA, 1999; GAÍVA; SCOCHI, 2004a).

No processo de implantação de um modelo colaborativo de cuidado, Johnson e Lindschau (1996), na Austrália, estudaram as atitudes dos profissionais diante da participação dos pais. Afirmam que a avaliação das atitudes da equipe de saúde indica aceitação ou rejeição da participação dos pais e isso ajuda a identificar e resolver barreiras chaves desde o planejamento, desenvolvimento, implementação e avaliação do modelo.

Os autores citam que apesar das mudanças significativas ocorridas na assistência, a evolução do relacionamento entre pais e a equipe no ambiente hospitalar ainda, ocorre em cinco estágios, conforme descreve Hart, 1979, a saber: 1 – rejeição dos pais pelos profissionais; 2 – aceitação dos pais como visitantes, porém com limitações de horários; 3 – os pais podem permanecer mais tempo e participar dos cuidados de higienização e alimentação; 4 – os pais já podem permanecer mais tempo no hospital para continuar o seu papel de cuidador e 5 – aceitação dos pais na enfermaria como membros residenciais e participando na medicação, dos tratamentos com aprendizado antecipado e na tomada de decisão (apud JOHNSON; LINDSCHAU, 1996).

Fazendo um paralelo desses estágios com a situação atual da UN estudada, apreendemos que estamos passando do estágio 1 para o 2, ou seja, de uma atitude profissional de rejeição aos pais, na qual literalmente o bebê está entregue à equipe do hospital e o mínimo acesso da família é permitido, passando para o estágio 2 com a aceitação da visita dos pais, porém, com limitações de horário. E, possivelmente, já estamos passando para o estágio 3, em que os pais podem participar dos cuidados de maternagem, incluindo a estimulação precoce, higiene e alimentação.

Todavia, nesse processo ainda há obstáculos a serem superados, muitos deles reconhecidos pela própria equipe que vislumbra a necessidade de mudar, apontando algumas estratégias que podem melhorar o trabalho, ampliando sua perspectiva para um cuidado mais voltado à integralidade do ser humano.

Do estágio 4, em que os pais já permanecem mais tempo no hospital, até chegar ao estágio 5, que inclui a aceitação dos pais em tempo integral, participando da tomada de decisões, reconhecemos que a equipe tem um longo caminho a percorrer, mas que esses princípios e objetivos podem estar contidos nas metas discutidas e definidas no hospital e na UN.

O espaço físico onde ocorre o tratamento dos bebês de risco é a UN, ambiente com tecnologia especializada cuja estrutura física apresenta, muitas vezes, limitações e não foi planejada para comportar os familiares. Assim, indubitavelmente esse ambiente é modificado com a presença da mãe/dos pais, pois sendo uma sala de distribuição linear, de espaços pequenos entre as incubadoras, berços de calor radiante e a estrutura tecnológica, durante a visita dos pais aumenta o fluxo de pessoas, associado a uma diminuição do espaço físico para procedimentos da equipe de saúde, especialmente a de enfermagem.

Tais limitações de infra-estrutura também foram encontradas no estudo de Cristo (1999), em unidades de internação pediátrica no Distrito Federal, havendo falta de espaço que se intensifica pela super-lotação dentro da unidade da criança, resultando em conflitos e tensões entre os próprios familiares e destes com a equipe.

Acreditamos que a diminuição dos espaços físicos pode ser uma barreira para permitir a entrada dos pais e necessita ser objeto de reflexão conjunta da equipe, administração hospitalar, família e pesquisadora responsável pelo

presente estudo, o que se insere na política atual de integração entre academia e serviços de saúde do México.

O cuidado canguru foi citado como uma estratégia para transformação do contexto da UN, porém, segundo Anderson (2003), para implementá-lo precocemente e obter a sua continuidade é fundamental o desejo materno e o apoio dos médicos e enfermeiras. Além disso, é necessário um ambiente de suporte articulado às políticas hospitalares e sociais, como pedra angular do sucesso da participação das mães nesse método.

Javorski (1997), em estudo das representações sociais sobre o aleitamento materno do pré-termo, em unidade de cuidado canguru, sob a ótica das mães que estão amamentando, identificou conflitos e contradições vivenciados pelas mães nesse contexto situacional, em um hospital de Recife-PE. Conclui que as mulheres têm assimilado os discursos de conteúdo técnico veiculados sobre amamentação materna, mas que isso por si só não garante o sucesso da prática do aleitamento em situação de prematuridade. Alerta que, provavelmente, estejamos, como profissionais da saúde, representando o leite humano como uma medicação fundamental, e quando não está disponível, nos frustramos e atribuímos o fracasso à mãe e, raramente, aceitamos a possibilidade de que nossas ações contribuam para esse resultado. Assim o modelo assistencial vigente caracterizado pela medicalização dos fenômenos fisiológicos da maternidade reforça essa postura dos profissionais. Dessa maneira, a autora traz que os instrumentos que temos privilegiado nas intervenções junto a essas mães não tem sido suficientes para atender as particularidades e/ou especificidades dessa prática, e tampouco tem contemplado a subjetividade dessas mulheres.

Reconhecendo que uma das principais barreiras para implementar este método é a rejeição de enfermeiras e médicos (DAVIS et al., 2003), consideramos que há necessidade de sensibilizar esses profissionais e instrumentalizá-los com conhecimentos e habilidades para o manejo adequado do método e da família.

No Brasil, a metodologia canguru faz parte de um ideário de humanização e, especificamente, na assistência do neonato pré-termo e de baixo peso ao nascer, o Ministério de Saúde, através da Portaria no 693, de 5 de julho de 2000, normatiza a implantação do Método Canguru nas instituições médico-assistenciais credenciadas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000).

A implantação desse método foi idealizada, inicialmente, como uma estratégia para suprir as deficiências de recursos tecnológicos, mas, posteriormente, uma proposta de ampliação do modelo de assistência, na perspectiva do cuidado integral e humanizado ao prematuro e sua família, havendo variações na organização do trabalho realizado nesses serviços (FURLAN, 2002).

Finalmente, chamamos a atenção também para aquelas situações em que os pais já são participantes mais ativos do cuidado do filho, nas quais os profissionais precisam estar alertos, pois se os pais participam aceitando tudo o que a equipe diz, estão entrando num processo de aceitação dos valores e prioridades da equipe e o foco é a tecnologia e não o relacionamento com o filho. Nesse contexto poderemos estar assistindo a um processo de medicalização dos pais (apud RIKLI, 1996).

Segundo Ayres (2002), cuidar, no plano mais concreto das práticas de saúde, é um conteúdo fundamental e de significado relevante; cuidar da saúde de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele. O autor coloca que a assistência à saúde, de imediato, remete à aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental das pessoas, que a ciência produz o conhecimento sobre a saúde, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos de intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se saúde. No entanto, para o autor, essa formulação é incompleta, justificando que quando falamos de assistência à saúde, os profissionais necessitam pensar em quais mediações estão construindo, quais as escolhas e possibilidades frente ao outro. Para Ayres (2002, p. 20):

*Na qualidade de portador de um “problema de saúde” a ser resolvido, qualquer indivíduo é, de fato, potencial “objeto de conhecimento e intervenção”. É isso que se espera das ciências e dos serviços de saúde. Contudo, nada, nem ninguém, incluindo o profissional de saúde e todo seu aparato tecnológico, deve subtrair a esse indivíduo, aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades.*

Desse modo é de extrema importância considerar, construir e sustentar projetos de assistência em consonância com as necessidades dos sujeitos envolvidos. Para dar conta dessa nova perspectiva de cuidar é necessário, além das questões já discutidas, investir nos recursos humanos da UN, do ponto de vista quantitativo e qualitativo, vislumbrando-se nesse último aspecto novas possibilidades de parceria entre a academia e o serviço em estudo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de nascimento de um bebê prematuro e a sua prolongada hospitalização repercutem em mudanças na estrutura e dinâmica familiar, permeadas por sentimentos de ansiedade e sofrimento. Conforme apontado anteriormente, é recomendado para a assistência em UNs a filosofia do cuidado desenvolvimental, que tem como um de seus componentes básicos o cuidado centrado na família, cujas vantagens estão amplamente documentadas na literatura. Por outro lado, as transformações na prática assistencial não têm avançado na mesma velocidade que a produção do conhecimento.

Preocupados com esta situação, traçamos um caminho não percorrido na tradição de pesquisa da área neonatal no México, que centra-se em referenciais positivistas, e assim, sob a ótica da abordagem qualitativa, procuramos compreender o significado para a equipe de saúde que atua em uma unidade neonatal, sobre a participação das mães/pais no cuidado do filho hospitalizado.

Apreendemos que esta participação ainda é incipiente na UN do HCIMP, mas há interesse da equipe de saúde em implementá-la, reconhecendo a sua importância ao favorecer a estabilidade clínica do prematuro e seu processo de crescimento e desenvolvimento, possibilitar a interação mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo, bem como o treinamento materno para a alta do filho. Percebemos ainda, que a mãe ajuda a enfermagem nos cuidados do filho hospitalizado, executando cuidados de maternagem. Por outro lado, a presença dos pais modifica o ambiente da unidade

neonatal, pois interfere na dinâmica do trabalho, gera insegurança na equipe que se sente fiscalizada e preocupada com as infecções hospitalares.

Constatamos contradições nas atitudes dos profissionais e no significados atribuídos, constituindo-se em barreiras para incrementar esta participação pois a equipe faz restrições e encontra-se despreparada para lidar com a mãe e família. Neste último aspecto, a partir da caracterização dos entrevistados, verificamos que a atualização profissional é pouco freqüente, exceto entre os médicos, e centram-se nos aspectos técnicos do cuidado.

Urge, portanto, implantar a educação permanente da equipe neonatal, incluindo também conteúdos sobre o cuidado desenvolvimental, apego e vínculo afetivo mãe-filho e familiar, relacionamento interpessoal, acolhimento da clientela, entre outros, além de técnicas educativas para otimizar o treinamento da mãe e família visando o cuidado domiciliar. Há necessidade, ainda, de ampliar a compreensão do preparo para a alta do bebê prematuro, visando o seguimento do crescimento e desenvolvimento adequado e saudável e um processo de educação participativa em saúde.

A atenção ao recém-nascido pré-termo na UN do HCIMP está centrada na criança, mas há algumas intervenções que ampliam o modelo clínico focado na fisiopatologia, como a estimulação precoce do prematuro, cujo programa está sob a coordenação de um neonatologista. Esse profissional além da intervenção direta junto aos prematuros, orienta a enfermagem para a continuidade dos cuidados e também as mães, quando presentes na UN.

Outro avanço da assistência refere-se ao fato de alguns profissionais apontarem também a importância da inserção do pai no cuidado do filho prematuro. Isso nos faz

pensar nas mudanças a respeito do papel da mãe como a única cuidadora da saúde da família, e que essas transformações são decorrentes das novas demandas de cuidado trazidas pela organização dos sistemas familiares atuais, articuladas às mudanças no contexto social.

Precisamos então, pensar em transformações, mas advindas das próprias reflexões dos profissionais, tentando olhar para a realidade dos sujeitos que estão vivenciando essas situações – os pais do bebê internado na UN, os quais também têm algo a dizer.

Os pais precisam ser compreendidos como família do bebê internado, que desejam participar do cuidado ao filho, mas se deparam com barreiras que não podem ultrapassar sozinhos. Dessa maneira, para viabilizar a participação deles, não é suficiente só o desejo dos pais de estar junto ao filho, pois devemos compreender e considerar os aspectos sociais e familiares que circundam cada situação. Os pais se deparam com situações que intensificam o sofrimento, sendo necessário que a instituição e os profissionais levem em conta, para melhorar a qualidade assistencial, a criação de espaços de escuta para que eles possam manifestar e compartilhar seus sentimentos e necessidades específicas da situação vivenciada.

O impacto positivo destas estratégias foi evidenciado em estudo qualitativo realizado por Vasconcelos (2004), em um hospital amigo da criança de Recife- PE. A partir da participação em um grupo de apoio à mãe acompanhante (GAMA), incluindo atividades de escuta e lazer, as mães dos prematuros entrevistadas emitiram os seguintes significados: a estratégia de escuta como terapia; o hospital como espaço para o riso e a descontração; a aquisição de força e o estabelecimento de vínculo

afetivo. A autora constatou que o GAMA modificou o significado do ser mãe acompanhante e recomenda que estratégias dessa natureza podem e devem ser acessadas pelos profissionais na prática clínica, consolidando uma concepção ampliada do fazer saúde no contexto hospitalar.

A equipe de enfermagem entrevistada, no presente estudo, reconhece a necessidade de transformações na filosofia institucional e em seu instrumental de trabalho, diante das práticas assistenciais vigentes da UN. Assim, reconhecemos que o momento é profícuo para transformações, subsidiadas pelos resultados da presente investigação. Para lidar com a presença das mães/pais, a Enfermagem precisa de novas competências, não só no sentido tecnológico, mas também, na dimensão psicológica e social do seu trabalho. Pela sua posição estratégica ao permanecer em contato direto com a clientela, a Enfermagem pode atuar como eixo integrador na interrelação com a equipe, pais, família e outros setores do hospital, auxiliada pelas novas filosofias, conceitos e modelos e instrumentalizando seu trabalho num sentido mais amplo, refletindo nele, permanentemente, para responder às novas necessidades construídas socialmente.

As sugestões dos profissionais, para viabilizar a participação dos pais, precisam ser discutidas com a equipe e instituição. A UN não é independente da organização hospitalar, assim sendo, acreditamos que transformar as práticas não é um processo isolado, mas um processo coletivo. Se iniciarmos a implementação de ações mais sistematizadas e humanizadas, resultaria em uma grande conquista. A participação da família no cuidado ao prematuro tem que estar inserida na filosofia institucional, lacuna essa apontada pelos entrevistados.

A necessidade de avanços na prática assistencial também está presente em outros serviços neonatais conforme apontam Gaíva e Scochi (2004a, p. 476):

*Verifica-se a necessidade de transformações nesse processo de trabalho, com vistas a ampliar o objeto de ação por meio da inserção da família como sujeito e objeto de trabalho, rumo à construção de um novo modelo assistencial que visa à humanização da assistência ao prematuro e sua família.*

A partir dos resultados obtidos na pesquisa, esperamos também ser agentes dessas transformações da prática assistencial, articulada ao processo de formação e capacitação de recursos humanos e à produção de conhecimento.

Como docente envolvida na formação de enfermeiros, especialmente na área de Enfermagem Materno-Infantil, percebemos a necessidade de inserir nas disciplinas as novas visões e fundamentações teóricas do cuidado da criança e da família. Sentimo-nos também motivadas para manter uma maior articulação com o serviço e sistematizar a capacitação profissional para o desenvolvimento de tecnologias de cuidado inovadoras.

Assim, o nosso grande desafio é trabalhar em parceria, academia e serviços de saúde, para contribuir com transformações na prática assistencial, de ensino e de pesquisa. Tal aspecto insere-se na política atual das universidades públicas mexicanas.

Acreditamos que a naturalização das ações assistenciais é construída a partir de nós profissionais, porém, decorrentes das influências históricas, políticas, econômicas e sociais, que têm a ver com nossa construção diante da saúde e doença e com o nosso conceito de sujeito de cuidado. Assim, as especificidades da interação entre profissionais e os clientes dos serviços de saúde não são neutras e estão permeadas por essas nossas construções. A partir delas, agimos e reagimos de um

modo específico. Portanto, para transformar a nossa visão é desejável analisar, discutir e re-construir em torno de nosso sujeito de cuidado, sobre os fatores que influem a nossa maneira de cuidar, descobrir o porquê agimos assim e mudar visando a um enfoque mais integrativo do sujeito do cuidado, rumo à construção de um novo modelo de atenção mais integral e humanizado.

Nós os profissionais, como seres humanos cuidando de outros seres humanos - a família, teríamos que pensar em uma filosofia de participação, de construção recíproca, ou seja, os pais e outros membros da família fazendo parte da equipe, transformando a relação de dominador-subordinado, por outra relação mais horizontal e de colaboração, sendo pessoas se-comunicando, conforme afirma Freire (2004, p. 166): *o diálogo, que é sempre comunicação, fundamenta a colaboração... o diálogo não impõe.*

Contudo, não pretendemos, com este estudo, estabelecer normas para a transformação do trabalho, mas sim, trazeremos a dúvida e o diálogo como fontes que possam gerar em nós a consciência da necessidade de mudanças em nosso processo de assistir e educar, a partir do que, poderemos construir as nossas próprias transformações.

Estas considerações são colocadas para todos os profissionais comprometidos com o processo de mudança, incluindo aí os enfermeiros e médicos docentes, profissionais que atuam no hospital, alunos em formação e a clientela.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>1</sup>**

ALBERMAN, E.; EVANS, S.J.W. A epidemiologia da prematuridade: etiologia, frequência e prognóstico. **Anais Nestlé: o prematuro**, v.44, p.5-24, 1992. Disponível em: <<http://www.latina.obgyn.net/portugues/articles/estudode.htm>>. Acesso em: 5 jun. 2003.

ALVARENGA, A.T. Risco gravídico e risco perinatal: Implicações metodológicas, teóricas e técnicas, das propostas de mensuração. **Rev Bras Cres Des Hum**. v. 4, n.2, p. 41-48, 1994.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **A program to develop and improve facilities for the care of newborn infants –full term and premature**. Panel discussion from the Annual Meeting of the AAP, Dallas, Tex., Dec. 1947.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Guidelines for perinatal care**. 3.ed. Washington: American Academy of Pediatrics, 1992

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Hospital discharge of the high-risk neonate – proposed guidelines. **Pediatrics**. USA, v. 102, n. 2, p. 411-17, Aug. 1998.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Perinatal care at the threshold of viability. **Pediatrics**, USA, v.110, n.5, p. 1024-27. Nov. 2002.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Family-centered care and the pediatrician's role. **Pediatrics**, USA, v. 112, n. 3, p. 691-96, Sep. 2003.

ANDERSON, G.C.; CHIU, S-H.; DOMBROWSKI, M.A.; SWINTH, J.Y.; ALBERT, J.M.; WADA, N. Mother-Newborn contact in a randomized trial of kangaroo (skin-to-skin) care. **JOGNN clinical research**, Cleveland, v.32, n. 5, p. 604-11, Sep/Oct. 2003.

ÁVILA, C.; FRENK, S. Apuntes para la historia de la pediatría en México desde la Independencia hasta nuestros días. In: Ávila, C.; Padrón, P.; Frenk, S.; Rodríguez, P. (Coords.). **Historia de la pediatría en México**. México: Fondo de Cultura Económica. 1997. p. 337-369.

AYRES, J. Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde. In: Encontro de pesquisadores em saúde mental,7 e Encontro de especialistas em psiquiátrica,6. Ribeirão Preto – SP, 2002. **Anais**. Ribeirão Preto, p 13-26, 2002.

BALLONE, G.J. **Crianças adotadas e de orfanato**. Parte 1. 2003. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/adoc.html>> acesso em: 06 Dez. 2004.

---

<sup>1</sup> Baseada nas Normas e Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP. Normas Técnicas da ABNT, 2004.

- BARBOSA, V.L. **Conhecimentos e opiniões de enfermeiras sobre a participação da mãe na assistência ao recém-nascido prematuro**. 129 f. 1990. Dissertação (Mestrado) –Escola Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa; Edições 70, 1977. 225 p.
- BARNETT, C.R.; LEIDERMAN, P. H.; GROBSTEIN, R.; KLAUS, M. Neonatal separation: the maternal side of interactional deprivation. **Pediatrics**, California, v. 5, n. 2. p. 197-205, 1970.
- BELIZAN, J. M. **Medicina basada en las evidencias aplicadas a la Perinatología**. Novedades del CLAP n.14, 2001. [Presentación en el Congreso de Barcelona 2001]. Disponível em:  
<<http://www.paho.org/spanish/clap/noved14.pdt>>. Acesso em: 14 nov. 2003.
- BELLI, M.A. de J. **Mães com filho internado na UTI neonatal: um estudo sobre representações sociais**. 1999. 130 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Tradução Alvarez dos Santos e Baptista. Portugal: Porto, 1994. 335 p.
- BOWLBY, J. **Los cuidados maternos y la salud mental**. Estados Unidos de América: OPS, 1954. 232 p. (Publicaciones científicas, 14).
- BOWLBY, J. **Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego**. México: Paidós, 1989. 205 p.
- BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1995. 225 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 693 de 5 de julho de 2000**. Brasília. Disponível em:< <http://saude.gov.com.br> >. Acesso em: 20 nov. 2004.
- BROWN, J.; RITCHIE, J. Nurses' perceptions of parents and nurses roles in caring for hospitalized children. **CHC**, Nova Scotia, Ca. v. 19, n. 1. winter. 1990.
- BYERS, J. F. Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. **MCN**, USA, v. 28, n. 3, p. 174-180, 2003.
- CAETANO, L.C. **Vivendo no Método Canguru: a tríade mãe-filho-família**. 179 f. 2004. Tese (Doutorado) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CATTANEO, A.; DAVANZO, R.; UXA, F.; TAMBURLINI, G. Recomendações para a implementação do cuidado mãe canguru para bebês de baixo peso ao nascer. Documento do mês sobre amamentação n. 04/99. Tradução Trajano Ribeiro Filho e Tereza Setsuko Toma. **Acta Paediatric**, Stockholm, v. 87, n.4 p.440-5, Abr. 1998.

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO (CLAP). **Población-nacimientos-bajo peso al nacer** (América Latina y Caribe). 2002. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/clap/o2pobl.htm>> Acesso em: 28 Out. 2003.

CHRISTENSSON, K. CABRERA, T.; CHRISTENSSON, E.; UVNAS-MORBEG, K.; WINBERG, J. O choro de angústia da separação do recém-nascido humano a ausência de contato com o corpo materno. Documento do mês sobre amamentação n. 08/97. Tradução Trajano Ribeiro Filho e Tereza Setsuko Toma. **Acta Paediatric**, Stockholm, v. 84, p. 468-73, 1995. Disponível em: [http://ibfan.org.br/userhtml/doc8\\_97.pdf](http://ibfan.org.br/userhtml/doc8_97.pdf) Acesso em: 19 Maio 2002.

COLLET, N. **Criança hospitalizada**: participação das mães no cuidado. 321 f. 2001. Tese (Doutorado) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

COLLET, N.; ROCHA, S.M.M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 191-7, 2004.

COMITÉ DE NEONATOLOGIA DA SPSP. Participação de pais em unidades neonatais. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 6 n. 22, p. 131-132, 1988.

CRISTO, R.de C. **A inserção do acompanhante em unidades de internação pediátrica no Distrito Federal – DF**. 121 f. 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

DARBYSHIRE, P. Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. **Journal of Advanced Nursing**, Glasgow, v. 18, p. 1670-80, 1993.

DAVIS, L.; MOHAY, H. ; EDWARDS, H. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. **Journal of Advanced Nursing**, Queensland, v. 42, n. 6, p. 578-86, 2003.

DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetrícia normal**: Briquet. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 1981. cap. 2, p. 1-34.

DÍAZ, R. J. L.; GUERRA, V.; STRAUCH, M.; RODRÍGUEZ, R. C.; BERNARDI, R. **La madre y su bebé**: primeras interacciones. Uruguay: Roca Viva, 3.ed., 1993.

- DÍAZ DEL CASTILLO, C. E. Notas sobre la evolución de la Neonatología en México. **Bol Med Hosp Infant Mex**. México, v. 25, n. 3, p. 199-206, Dez. 1987.
- DÍAZ DEL CASTILLO, C. E. Reflexiones sobre el riesgo de la terapia intensiva neonatal. **Bol Med Hosp Infant Mex**. México, v. 54, n. 12, p. 622-28, Dez. 1997.
- ENGLAND. Department of Health and Social Security. Central Health Services Council. **The welfare of children in hospital (the Platt report)**. London: HMSO, 1959. 43 p.
- ESPINOSA, M. A.; VILLALOBOS, O.A.; GÓMEZ, C.F.J.; MENDOZA, A. I. Asistencia simultánea materno-infantil o habitación compartida en el Hospital General de México de la S.S.A. **Bol Med Hosp Infant Mex**, México, v. 36, n. 1. p. 44-65, Jan./Fev. 1979.
- FAJARDO, O. Bases para establecer los niveles de atención médica. **Bol Med IMSS**, México, v. 21, p. 175-79, 1979.
- FELICIANO, R. de A. F. **Rede de apoio utilizada pelas mães de bebês prematuros e de baixo peso egressos de uma unidade de terapia intensiva neonatal no município de São Carlos –SP**. 206 f. 1999. Dissertação (Mestrado) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- FERREIRA, E.A.; VARGAS, I.M.A.; ROCHA, S.M.M. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 111-16, Out. 1998.
- FONCERRADA, M.M.; CASTAÑO, T.C.; CÓRDOVA, A.A.M.; JURADO, V.H. Prevención del maltrato al niño. Posibilidad de identificar a madres potencialmente maltratadoras en el período perinatal. **Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social**, México, v. 25, n. 5, p. 373-78, 1987.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra. 2004.
- FURLAN, C.E.F.B. **Implantação do método Mãe-Canguru: percepção do enfermeiro e dos pais sobre a vivência**. 176 f. 2002. (Dissertação) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- GAÍVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469-76. maio-junh. 2004a.

GAÍVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. **A inserção da família no cuidado ao prematuro em uma UTI Neonatal de um hospital universitário**. 2004b. Em processo de publicação na revista Brasileira de Enfermagem.

GALLEGOS, M. J.; FLORES, S.R.M.; LEE, Y.M; FLORES, L.M. **Manifestaciones de daño neurológico en población preescolar relacionadas con factores perinatales de riesgo**. San Luis Potosí, México, 1989. 68f. Dissertação (Licenciatura) –Escuela de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México, 1989.

GARZA, R.A. de la; PERAL, C.C. del. El significado adaptativo del “embraceamento” o sobre las ventajas selectivas de cargar a los bebés. **Bol Med Hosp Inf Mex**, México, v. 49, n. 2, p. 121-26, Feb. 1992.

GOMES, A.J. da S.; RESENDE, V. da R. O pai presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. **Psic Teor e Pesq**, São Paulo, v. 20, n.2, p. 119-125, maio-ago. 2004.

GORDON, H.H. Perspectivas em neonatologia: 1980. In: AVERY, G.B. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nacido**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1984. cap. 1, p. 3-12.

HARPER, R.G.; SIA, C; SOKAL, S.; SOKAL, M. Observations on unrestricted parental contact with infants in the neonatal intensive care unit. **The Journal of Pediatrics**, New York, v. 89, n. 3, p. 441-45, 1976.

HERREMAN, R. **Historia de la medicina**. México: Trillas, 2001. 180 p.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). **Coberturas institucionales**. Boletín de estadística, v.1, n.19, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). **Tabulados básicos: XII Censo General de Población y Vivienda**, 2000. Disponível em: <<http://www.inegi.gob.mx>>. Acesso em: 12 nov. 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). **Estadísticas demográficas**. Cuaderno n. 14. México, 2002a.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). **Anuario Estadístico**. San Luis Potosí. México, 2002b.

JASSO, L. **Neonatología práctica**. México: Manual Moderno. 1983.

JAVORSKI, M. **Os significados do aleitamento materno para as mães de prematuros em Cuidado Canguro**. 174 f. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

JOHNSON, A.; LINDSCHAU, A. Staff attitudes toward parent participation in the care of children who are hospitalized. **Pediatric Nursing**, North Adelaide, Austr., v.22, n. 2, p. 99-102, Mar./April, 1996.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J. H. Mother separated from their new born infants. **Pediatric Clinics of North America**, Cleveland, v. 17, n. 4, p. 1015-37, Nov. 1970.

KLAUS, M.H.; KENNEL, H.J. Assistência aos pais. In: KLAUS, M.H.; FANAROFF, A.A. **Alto risco em neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 139-155.

KENNEL J.; KLAUS, M. Vínculo afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal. Documento do mês sobre amamentação n. 04/99. Tradução Trajano Ribeiro Filho e Tereza Setsuko Toma. **Acta Paediatric**, Stockholm, v.19, n. 1, p. 4-12, 1998.

KROLLMANN, B.; BROCK, D.A.; EICHEL, M.; NADER, P.M.; NEIHEISELL, P.W. Advances in Neonatal Care: Focusing on the last 20 years. **Neonatal Network**. 20 years of excellence, Canadá, v. 21, n. 5, p. 43-50, 2002.

KURDAHI, L. The confidence of latina mothers in the care of their low birth weight. **Researching in Nursing & Health**, v. Califórnia, USA, n. 16, p.335-342, 1993.

LAMY, Z.C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal**. Rio de Janeiro, 1995. 200p. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

LEVIN, A. Amamentação, vínculo afetivo e humanização da assistência perinatal. Documento do mês sobre amamentação n. 04/99. Tradução Trajano Ribeiro Filho e Tereza SetsukoToma. **Acta Paediatric**, Stockholm, n. 880, p. 353-355, 1999.

LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; SCOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 33-39, abr. 1999.

LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; BORDIN, M.B.M.; JORGE, S.M. Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento <1500g: na UTI-neonatal e no seguimento longitudinal. **Temas em psicologia**. Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 245-262, 1999.

LOO, K.K. **Using knowledge to cope with stress in the NICU**: how parents integrate learning to read the psychologic and behavioral cues of the infant. **Neonatal Network**, Los Angeles, Cal, v.22, n.1, p. 31-37, 2003.

MACHADO M.F.A.S.; VIEIRA, N.F.C. Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 76-82, Jan./Fev. 2004.

MARRESE, A. M. El ambiente de la UCI neonatal y su influencia en el desarrollo del prematuro: un desafío para Enfermería. **Med Perinatal Neonatal**, v. 1, n. 1, p. 11-21, 1996.

MELO, V.H. **Evolução histórica da obstetrícia**: a marginalidade social das parteiras e da mulher. 1983. 166 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1983.

MELLO, D.F. de. **O cuidado de enfermagem no seguimento de crianças prematuras e de baixo peso**. 191 f. 1998. Tese (Doutorado) -Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MEXICO. Ley General de Salud. **Diario oficial de la Federación**, 1997a.

MÉXICO. Secretaría de Salud. Secretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Comités Técnico Médico Hospitalarias. **Lineamientos para la organización y funcionamiento**. México: Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética, 143 p. 1997b.

MÉXICO. Programa de Acción: **Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)**. México. Administración del Gobierno de México, 2001-2006. p.1-22, 2001.

MÉXICO. Secretaría de Salud. **Programa Nacional de Salud 2001-2006**. La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud. México: Secretaría de Salud, 2001. Disponível em: <<http://www.ssa.gob.mx>>. Acesso em: 3 mar. 2002.

MIKULINCER, M.; SHAVER, P.R. The attachment behavioral system in adulthood: activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In: **Advances in experimental social Psychology**. Edited by Mark. P. Zanna. v. 35. USA: Academic Press, 2003.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2000. 269 p.

MINAYO, M.C. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 80 p.

MONTEIRO FILHO. L.; LOPES NETO. A.A.; RANGEL, A.M.H.;MONTEIRO, M.T.S. O programa de hospitalização da criança acompanhada (PHOCA) do

Hospital Municipal Souza Aguiar. Análise dos conflitos gerados com a equipe de saúde. **Jornal de Pediatria**. São Paulo, v. 64, n. 6, p. X-X, 1988.

MOORE, M.L. Preterm birth. **JOGNN clinical issues**, USA, v. 32, n. 5, p. 636-37, Sep./Oct. 2003.

MURGUÍA, T.de S. Secretaría de Salud. **Comunicado de prensa no. 018. Atiende con éxito el Hospital Infantil de México a niños prematuros de muy bajo peso**, México, 2004. Disponível em:< <http://www.salud.gob.mx/ssa-app/noticias/datos/2004-01-26-791.htm>.> Acesso em: 5 maio 2004.

NASCIMENTO, L.C. **Crianças com câncer: a vida das famílias em constante reconstrução**. 233f. 2003. Tese (Doutorado) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NASCIMENTO, M. de J.P. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada – opinião das enfermeiras do Recife, **Rev Paul Enf**, São Paulo, v. 5, n. 3. p. 119-126, Jul./Set. 1985.

NATERA, G.; MORA, J. La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones. In: **Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: métodos, análisis y ética**. MERCADO, F..J.; GASTALDO, D.; CALDERON, N. C. (compiladores). Universidad de Guadalajara /Centro Universitario de Ciencias de la Salud; Servicio Vasco de salud Osakidetza; Universidad Autónoma de San Luis Potosí /Facultad de Enfermería; Universidad Autónoma de Nuevo León/Facultad de Enfermería. p. 349-75, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS). **Análisis de indicadores básicos**. Washington 1988. (Publicación Científica 14).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPAS/OMS). **Las condiciones de salud en las Américas**. Washington, 1994. (Publicación Científica, v. 1,2, 549).

OWEN, C.H. Parents response to premature birth. **Am. J. Nurs**, Chicago, v. 60, n. 8, p. 1113-1118, 1960.

PAINE, P.A.; SPEGIORIN, C. Prematuridade e o peso ao nascer no relacionamento mãe-filho. **J Ped**, Brasília, v. 50, n. 4, p.126-128, 1981.

PIZZATO, M.G.; DÁ POIAN, V.R.L. **Enfermagem neonatológica**. Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1982. Cap. 3, p. 101-127.

POLIT, F.; HUGLER, B.P. **Essentials of nursing research: methods appraisad a utilizacion**. 3. ed. Pennsylvania, EUA: J.B. Lippincot, 1993. 479 p.

REICHERT, A.P.S.; COSTA, S.F.G. Refletindo a Assistência de Enfermagem ao Binômio Mãe e Recém – Nascido Prematuro na Unidade Neonatal. **Nursing** No. 25. Jul. 2001.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 5.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988. Cap. 1, p. 1-19: Obstetrícia: conceito, propósitos, súmula histórica.

RIKLI, J.M. Parenting the premature infant: potential iatrogenesis from the neonatal intensive care experience. **The online Journal of knowledge synthesis for nursing**, Michigan, v. 3, n. 7, Aug. 1996.

RIVERA, R. M.; CORIA, S. I.; ZAMBRANA, C. M. Tendencias de la mortalidad perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología. **Rev Ginecol Obst Mex**, v. 67, n.12, p.578-586, 1999. Disponible en: <<http://www.bvs.insp.mx>>. Acceso en: 14 nov. 2002.

ROBISON, L.D. An organizational guide for an effective developmental program in the NICU. **JOGNN clinical issues**, Milwaukee, v.32, n. 3, p. 379-386, May./Jun. 2003.

RODRÍGUEZ, P. Época colonial. En: Ávila, C.; Padrón; P., Frenk, S. ; Rodríguez, P. (Coords.). *Historia de la Pediatría en México*. México: Fondo de Cultura Económica. 1997. p. 255-307.

ROCHA, S.M. de M. **O processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica. Socialidade e historicidade do conhecimento**. 177 f. 1990. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

ROSSATO-ABÉDE, L.M.; ANGELO, M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto risco. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, Jan. 2002. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1104-1169200200\(....>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1104-1169200200(....>). Acesso em: 05 maio 2004.

SANTOS, M.L.S.C., dos.;PADILHA, M.I.C. de S. Os caminhos da afetividade no cuidar de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enf**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 397-406, Dez. 2002.

SCOCHI, C.G.S.; MELLO, D.F.; MELO, L.L.; GAÍVA, M.A.M. Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v.52, n. 4, p. 495-503, Out./Dez. 1999.

SCOCHI, C.G. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. 245 f. Tese (Livre

Docência) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SIMPSON, K.R.S. Pretermbirth in the United States: current issues and future perspectives. **Perinatal and Neonatal Nurs**, v. 10, n. 5, p. 11-15, 1997.

SOUZA, A.B.G.; ANGELO, M. Buscando uma chance para o filho vir a ser: a experiência do pai na UTI. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 255-64, Set. 1999.

SOUZA, C.C.F. de; OLIVEIRA, I.C. dos S. A participação da mãe nos cuidados ao seu filho hospitalizado: uma perspectiva da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 379- 387, Dez. 2003.

SWANWICK, M. Platt in perspective. **Nurs Times**, USA,v. 79, n.2, p. 5-8, 1983.

SWYER, P.R. A organização do cuidado perinatal com particular referência ao recém-nascido. In: AVERY, G.B. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 2. ed. São Paulo: Medsi, 1984. cap. 3, p. 17-46.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas. 1987.

UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2000. In: JASSO G. L. **Neonatología Práctica**. 5.ed. México: Manual Moderno. 2002.

VALENCIA, S. G. La ética y el recién nacido de muy bajo peso. **Acta Pediatr Mex**, México, v.17, n. 2, p. 60-63, 1996.

VANDALE, S.; RASCON, R.& KAGEYAMA, M. Time-trends and causes of infant, neonatal and posneonatal mortality in México, 1980-1990. **Salud Pública Mex**, México, v. 39, p. 48-52, 1997.

VASCONCELOS, M.G.L. de. **Implantação de um grupo de apoio a mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife/PE**. 165 f. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

WAECHTER, E.H.; BLAKE, F.G. Crescimento e desenvolvimento dos serviços de saúde. In WAECHTER, E.H.; BLAKE, F.G. **Enfermagem pediátrica (nursing care of children)**. 9. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. cap. 1, p. 1-38.

## ANEXO 1

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

## Guía de entrevista con el equipo de salud de la unidad neonatal

**1. IDENTIFICACIÓN**

Nombre (iniciales): \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Formación profesional \_\_\_\_\_ Tiempo de formado: \_\_\_\_\_ años

Actuación profesional: En el área de Neonatología: \_\_\_\_\_ años

En esta unidad neonatal: \_\_\_\_\_ años

Cargo/función actual: \_\_\_\_\_

Actualización profesional en el área de Neonatología (últimos 5 años):

Número de cursos frecuentados: \_\_\_\_\_

Temas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventos científicos frecuentados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. SIGNIFICADO DE LA INSERCIÓN DE LA MADRE EN EL CUIDADO DEL HIJO  
PREMATURO EN LA UNIDAD NEONATAL (UN)**

**2.1** Hable lo que piensa sobre la participación de la madre en el cuidado al hijo prematuro en la UN (opinión, ventajas, desventajas).

**2.2** ¿Cuál es la participación de la madre en el cuidado del hijo prematuro internado en esta UN? (visita liberada, cuidado directo al hijo, entrenamiento, etc.) ¿Ya tuvo alguna experiencia sobre eso? Si así es, hable sobre ella (dificultades, obstáculos).

**2.3** ¿Qué sugiere para favorecer la participación materna en la UN?

**ANEXO 2**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**Término de consentimiento pos-información para el equipo de salud de la unidad neonatal**

Nombre de la investigación: **Participación de la madre/padre en el cuidado al hijo prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud en un hospital de San Luis Potosí, México.**

Investigador responsable: Josefina Gallegos Martínez.

Informaciones dadas al entrevistado:

En esta investigación pretendemos conocer la opinión del equipo de salud de la unidad neonatal del HCIMP, al respecto de la inserción de las madres en el cuidado del prematuro en esta unidad.

Para ello, haremos una entrevista con el equipo de salud de la unidad neonatal, requerimos saber lo que piensa sobre la relación afectiva madre-hijo, lo que la madre necesita saber sobre el hijo prematuro internado y su participación en el cuidado de su hijo, cuales son las dificultades para insertarla y lo que propone para superar esas dificultades.

Le invitamos a participar en este estudio, respondiendo a algunas preguntas que serán realizadas por la investigadora. Solicitamos también su permiso para la posterior publicación de los resultados de la investigación.

---

**INVESTIGADOR RESPONSABLE**

**AUTORIZACIÓN DEL EQUIPO**

Yo, \_\_\_\_\_

Registro No. \_\_\_\_\_, abajo firmado, habiendo recibido las informaciones acerca de la investigación, y consciente de mis derechos abajo relacionados, concuerdo en participar:

1. Con la garantía de recibir la respuesta a cualquier pregunta o esclarecimiento de dudas acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros relacionados a la investigación a la que seré sometido.
2. La libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que eso traiga perjuicio para la continuación de mi trabajo.
3. La seguridad de que no seré identificado y que será mantenido el carácter confidencial de la información relacionada a mi privacidad.
4. El compromiso de proporcionarme información actualizada durante el estudio, no obstante, que esta pueda afectar mi voluntad de continuar participando.
5. Que si existieran gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Tengo consciencia de lo expuesto arriba y deseo participar de la investigación anteriormente a mi descrita y concuerdo en que la entrevista sea grabada.

San Luis Potosí, S.L.P., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PARTICIPANTE**

**ANEXO 3**