

O cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Uma análise documental dos materiais de apoio destinados à família

Humanized care in the Neonatal Intensive Care Unit: A documentary analysis of the supporting materials for the family

Gislaine de Fátima OLIVEIRA [1](#); Márcia Helena de Souza FREIRE [2](#); César Rey XAVIER [3](#); Tatiane da Silva VIEIRA [4](#); Cristina Ide FUJINAGA [5](#)

Recibido: 04/11/16 • Aprobado: 15/11/2016

Conteúdo

- [1. Introdução](#)
- [2. Método](#)
- [3. Resultados e discussão](#)
- [4. Conclusão](#)
- [Referências](#)

RESUMO:

O objetivo desta pesquisa é analisar a presença do cuidado humanizado nos materiais de apoio destinados às famílias dos bebês internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Realizou-se uma pesquisa documental, a partir da análise dos materiais de orientação aos pais utilizados pela equipe assistencial: o mural de informativo e a cartilha de orientações aos pais. Constata-se que os materiais de orientação apresentam conteúdos previstos pela política pública de humanização, entretanto não levam em consideração a quem o material está sendo destinado. Os resultados ressaltam a importância de se incluir efetivamente as famílias junto ao cuidado neonatal.

Palavras Chave: Assistência Integral à Saúde, Unidade de terapia intensiva neonatal, prematuro, família

ABSTRACT:

The objective of this research is to analyze the presence of humanized care in the supporting materials for the families of hospitalized babies in a Neonatal Intensive Care Unit. We conducted a documentary research, from the analysis of guidance materials for parents employed by the treatment team: the informative wall and the booklet of guidelines for parents. It is noted that guidance materials have content provided by the public policy of humanization, however do not take into consideration to whom the material is being designed. The results underscore the importance of effectively include families with the neonatal care.

Keywords: Comprehensive health care, Intensive care units neonatal, Premature infant, family

1. Introdução

A gestação é um momento singular na vida da mulher. Assim, muitos planos são constituídos em torno da nova vida que está se gerando. Considerando-se os aspectos sociais e culturais, o nascimento de um bebê é propulsor de alegria, contudo esse momento nem sempre ocorre como planejado. Existem casos em que o bebê depende da passagem por um período na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

O nascimento de um bebê normalmente é muito esperado, e, quando este não ocorre como planejado, o recém-nascido demanda cuidados especiais. O bebê que precisa de um cuidado especial vai para a UTIN, local no qual os profissionais capacitados o atenderão. Para a UTIN vão os recém-nascidos prematuros/pré-termos, pós-termos ou os recém-nascidos a termo com complicações de ordem orgânicas ou decorrente do parto.

As crianças prematuras/pré-termo se diferem das nascidas a termo pela idade gestacional, são os bebês nascidos com menos de 37 semanas de gestação; acima de 37 semanas até 41, são classificados como a termo, e com 42 semanas ou mais, pós-termo. Sabe-se que quanto maior a idade gestacional do recém-nascido prematuro, menor o risco de morte e de complicações em seu estado de saúde (Bragheto & Jacob, 2011).

O ambiente da UTIN é composto por uma série de aparatos tecnológicos, necessários e até mesmo vitais para se garantir da saúde e sobrevivência dos bebês. Além disso, a equipe que compõe a UTIN pode ser considerada como altamente especializada. Ocorre que, ao mesmo tempo em que se apresenta uma equipe altamente especializada, alicerçada numa prestação de serviço altamente técnico e qualificado, verifica-se um distanciamento das necessidades dos bebês e das famílias referentes aos aspectos que transcendem a saúde vinculada a ausência da doença.

Nesse sentido, atualmente, as políticas públicas de assistência à saúde infantil e a própria equipe da UTIN direcionam as suas ações para a humanização do cuidado. A humanização representa um conjunto de ações que visam à efetivação de cuidados capazes de harmonizar a melhor tecnologia com a promoção de acolhimento, de respeito ético e cultural ao usuário, sendo necessária a criação de um espaço de trabalho com condições propícias para bom desempenho profissional, no exercício da técnica com benefícios ao usuário e ao trabalhador (Deslandes, 2004; Puccini & Cecílio, 2004).

Em se tratando da humanização do cuidado neonatal existem várias ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, entre as quais destaca-se o Método Canguru. O Método Canguru é desenvolvido no decorrer de três etapas instituídas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007).

A *primeira etapa* compreende os primeiros cuidados durante o pré-natal de uma gestação de alto-risco, e será seguida pelo nascimento e internamento do recém-nascido na UTIN. Nesta etapa prevalece o acolhimento dos pais, esclarecimento sobre o estado de saúde do recém-nascido, funcionamento e rotina da UTIN, favorecendo o vínculo entre bebê e família. Na *segunda etapa* prioriza-se a permanência de modo contínuo do recém-nascido com sua mãe, na qual a posição canguru será efetivada pelo máximo de tempo possível, momento que antecede a alta hospitalar. A *terceira etapa* é marcada pelo acompanhamento ambulatorial que ocorre após a alta hospitalar, no qual o objetivo primordial é sustentar a periodicidade nas consultas individuais, considerando o fator de risco para quando necessário a intervenção seja precoce, diminuindo deste modo a reincidência de internamento do recém-nascido acompanhado e a diminuição da mortalidade infantil (Brasil, 2007).

As ações acima descritas estão voltadas para relevância das individualidades, garantia ao que se refere à tecnologia que possibilite segurança ao neonato, acolhimento ao bebê e família facilitando o vínculo mãe-bebê durante o período de internamento e no período de pós alta hospitalar, Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP] (2003). Neste sentido, o presente trabalho teve como objetivo verificar a presença do cuidado humanizado nos materiais de apoio destinados às famílias dos bebês internados em uma UTIN, de uma cidade do interior do Paraná.

2. Método

Realizou-se uma pesquisa documental à partir de análise de materiais. Segundo Gil (2008) a pesquisa documental se utiliza de materiais que não receberam análise ou que podem ser analisados novamente e reelaborados, considerando o objetivo da pesquisa. Esta pesquisa foi pautada pela perspectiva da análise de conteúdo, utilizando-se como dados os materiais de orientação utilizados pela equipe responsável por uma UTIN localizada em uma cidade do interior do Paraná, os quais até o presente momento não haviam passado por nenhuma análise científica.

Mediante a observação do campo de pesquisa, ou seja, da UTIN, verificou-se que os materiais de orientação utilizados pela equipe são o *Mural de Informações* e a *Cartilha de Orientação* destinada aos pais. Desta forma, realizou-se o registro fotográfico destes dois documentos. Cabe ressaltar que houve a autorização prévia da equipe da UTIN para o acesso a este material.

Após os registros do material, estes foram organizados e estruturados para posteriormente serem interpretados (Minayo, 2000). A interpretação visou traçar analogias críticas acerca das ideias presentes, explícita e implicitamente, nos documentos e o arcabouço teórico referente a esta temática.

3. Resultados e discussão

3.1. Mural Informativo da UTIN

O mural informativo presente na sala de espera da UTIN apresenta colagens de depoimentos de mães que já tiveram filhos internados, orientações sobre o registro do bebê, sobre o Método Canguru, sobre a amamentação, e também sobre o vínculo mãe-bebê.

O título do mural é "*Vínculo mãe e bebê: por que é tão importante?*", e é o local no qual se fixam cartazes que apresentam a descrição do que é o vínculo mãe-bebê, os benefícios do vínculo estabelecido, e orientações às mães para o estabelecimento de um bom vínculo com o bebê.

De maneira que se concepções de vínculo como "*A formação do vínculo inicia-se, principalmente, através do contato corporal e da fala*"; "*O contato e a conversa trazem segurança e conforto para seu bebê*".

Algumas considerações são necessárias. No caso de bebês que estejam internados em UTIN, o contato entre mãe e bebê nem sempre é possível, considerando as condições do bebê, sendo uma delas a necessidade do uso da incubadora. Assim, neste ambiente, nem sempre existem possibilidades propícias para mãe falar ou tocar seu bebê. Quando um filho vai para a UTIN provoca nos pais uma tristeza e desânimo, levando-os a acreditar que não são capazes de gestar e criar um filho com saúde (Moreira, Braga & Morsch, 2003).

As possibilidades de interação entre mãe e filho estão prejudicadas no contexto de UTIN provocando conflitos numa relação futura, ou seja, os estabelecimentos do vínculo e do apego estão complicadas devido à falta de meios de interação entre mãe e filho (Scochi et al., 2003). Bowlby (1984) aponta que o surgimento do apego se dá desde o período gestacional e para o prosseguimento é imprescindível o contato mãe-bebê nos primeiros momentos de vida após o nascimento. E como garantir que tal apego não se rompa diante de uma separação entre mãe-bebê? Dessa forma, todo o investimento da rede de apoio da mãe será importante.

Indiscutivelmente, a função da equipe de saúde responsável pelo recém-nascido é fazer parte desta rede de apoio. Assim, as unidades devem propiciar o contato dos bebês e suas famílias precocemente, objetivando construir o vínculo e o apego, considerando que este é processual e demanda tempo para o seu estabelecimento (Scochi et al., 2003).

A conversa com o bebê é importante, no entanto, a partir do momento em que se considera a

fala como uma ação dialógica, deve-se levar em conta o estado emocional da mãe. A mãe se depara com um ambiente novo. A entrada na UTIN é um dos momentos mais difíceis para mãe que, espantada com um ambiente rico em aparatos tecnológicos, e a visualização de bebês frágeis, envolvidos por procedimentos invasivos e dentro de incubadoras, as quais aos olhos da mãe são vistas como barreiras que a impedem de pegar seu bebê (Souza, Araujo, Costa, Medeiros Junior & Accioly Junior, 2010).

A linguagem é dialógica e sendo assim, necessita ser recíproca. Mathelin (1999) relata sobre a necessidade de conversar com os bebês de neonatologia e também da importância de se colocar a par de suas histórias e dos cuidados médicos que necessitam. O autor ressalta a importância dos profissionais se deixarem tocar pela criança e não conversar com esta simplesmente porque sabem que é importante.

Mathelin (1999) afirma que o bebê é sensível à voz e ao afeto conduzido pela linguagem, pois este reconhece a voz da mãe e dos familiares desde o período uterino e responde de acordo com o estado de ânimo que esta é evocada a ele. Nesse sentido, pondera-se que o estado de ânimo da mãe interfere diretamente no estado de ânimo do bebê. Assim existe uma relação entre eles, uma díade mãe-bebê. Considerando isso denota-se a importância de uma equipe assistencial sensível ao estado de ânimo da mãe pronta a intervir.

Com relação aos benefícios conquistados a partir do estabelecimento do vínculo mãe-bebê, no cartaz do Mural de Informações é estabelecido que *"durante a amamentação, o bebê procura o olhar da mãe e ela olha para ele"*; *"quando o bebê está chorando e a mãe o pega no colo, ele se acalma"* e *"quando a mãe está bem perto do bebê, ele tenta acompanhar, com os olhos o movimento dela"*.

Diante destas informações, ressalta-se que um dos desafios na assistência em UTIN é justamente possibilitar ao bebê que mame no seio materno. Encontra-se em alguns estudos apontamentos referentes à amamentação de prematuros e a dificuldade deste processo. No estudo realizado por Silva e Silva (2009) constatou-se que, embora o exame físico das mamas considerassem as mães aptas para a lactação e amamentação, estas apresentavam dificuldades para a manutenção da produção láctea e para amamentar o bebê. Assim, foram observadas neste estudo que a mãe de um bebê prematuro está imersa num processo contínuo de mudanças de humor, no qual as condições de saúde do bebê manifestadas pelo comportamento deste são os fatores motivacionais.

A sucção é o momento mais importante para a lactação, contudo em uma realidade prematura as mães não possuem essa possibilidade por conta da imaturidade biológica do filho e também do estresse que são submetidos. Assim, nos casos em que a amamentação não se inicia logo após o parto, é recomendado a ordenha da mama, pois esta estimula a produção láctea e impede o ingurgitamento mamário, além do fornecimento do leite ao filho na UTIN. Tal ação induz a mãe a se sentir importante no processo de recuperação do filho e fortalece o vínculo mãe-filho (Serra & Scochi, 2004).

Outro ponto a ser pensado quando se refere à amamentação do prematuro está na postura dos profissionais de saúde que interagem com as mães e os bebês, que recebem o nome de intervenções assistenciais. Traz-se o questionamento referente a essas intervenções serem dirigidas, na maioria das vezes, aos aspectos biológicos, no qual a única função da mãe é produção do leite para amamentar o filho. A atenção da equipe se volta para a mãe quando o bebê inicia a sucção no seio materno (Serra & Scochi, 2004). Assim, retomando a questão do vínculo, como estabelecê-lo se não houve momentos de interação anteriores à sucção do bebê?

Considerando os apontamentos teóricos, percebe-se que a amamentação, mesmo em condições de UTIN, pode ser o ponto a estimular a construção do vínculo mãe-bebê, desde que a equipe de saúde realize intervenções assistenciais assertivas de modo a pensar a mãe e o filho como uma díade, na qual ambos se ajudam mutuamente.

Para o estabelecimento do vínculo, a ordenha do leite materno é um importante papel de apoio, uma vez que as mães apresentam o sentimento de satisfação em alimentá-los, entregar algo

que é seu. Retirar o seu próprio leite faz com que as mães se sintam próximas de uma situação normal de maternidade, além de oportunizar a não exclusão do processo assistencial do bebê (Serra & Scochi, 2004).

Desta forma, destaca-se o modo como as mães são informadas, cujos filhos encontram-se internados em UTIN, que a formação do vínculo mãe-bebê esteja ancorado principalmente no aleitamento materno. Aponta-se que o vínculo também pode ser estabelecido de outras formas, as quais consigam co-existir com as condições daquela dupla, inseridas naquele ambiente. Na UTIN, na maioria das vezes, o bebê não pode ser aconchegado no colo da mãe devido as suas condições biológicas. Assim cabe a equipe pensar formas de favorecimento para a constituição do vínculo mãe-bebê.

Como apontam Martínez, Fonseca e Scochi (2007) é imprescindível para a saúde mental do recém-nascido o calor, a intimidade e possuir uma relação constante com a mãe, esse tipo de cuidado impede o processo de privação maternal. Os cuidados promovidos pela mãe, e as visitas dos pais e familiares em neonatal constituem uma forma de vínculo apenas pela proximidade, pois dessa forma há transmissão de amor de ambos os lados. A presença da família é indispensável nas unidades neonatais, pois percebe-se cada mais que a sobrevivência dos bebês internados por longos períodos depende desse amparo, no qual há uma reciprocidade de sentimentos como a segurança, confiança e proteção.

Pensando nisso, questiona-se como a equipe poderia favorecer o estabelecimento do vínculo onde a mãe não pode pegar o filho no colo? Martínez, Fonseca e Scochi (2007) apontam o modelo de cuidado centrado na família, no qual o objetivo é o bem-estar da família como um todo. Essa estratégia visa compreender que assistência a família está precisando naquele momento para não prejudicar ou romper os vínculos afetivos com o bebê internado e as coloca em prática. Esse modo de cuidado se deve a política pública de Humanização.

No Mural, as orientações oferecidas às mães para se estabelecer o vínculo com o bebê são: "*conversar baixinho com o seu bebê (ele reconhece a sua voz e se acalma)*"; "*cante baixinho*"; "*olhe nos olhos*"; "*esteja presente*". Acredita-se que estas orientações podem ser interpretadas como regras pontuais, diretivas e reducionistas. No geral, a estrutura psicológica da mãe está fragilizada. A impressão destas regras é que, ao invés de apoiar, elas estejam exigindo das mães atitudes que nem sempre são possíveis a elas, tanto do ponto de vista físico, quanto emocional. Cabe ainda mencionar que, estando na UTIN, as mães permanecem períodos curtos junto ao seu bebê, momentos esses que incluem a ordenha do leite, sendo esse um atributo um tanto quanto desgastante para as mães. Assim, acredita-se que essas as mães vivenciam uma maternidade distinta das descritas como estimulantes do vínculo mãe-bebê e as orientações contidas nos cartazes parecem bastante distantes da realidade vivida.

Por fim neste cartaz tem a frase: "*Assim, os dois vão se conhecendo e se amando mais*". Neste caso, convém que se atente para uma atribuição de amorosidade já subentendida no cartaz como "fato consagrado" por parte das mães, atribuição esta que nem sempre corresponde à delicada realidade de uma UTIN. Afinal, não se deve negligenciar o fato de que o amor materno é uma construção, especialmente em ambientes de terapia intensiva neonatal que, dadas as suas circunstâncias, exigem formas de vínculo que vão além daquelas costumeiras ou padrão.

Considera-se que a maternidade seja uma construção histórica, como aponta Badinter (1985) ao escrever sobre o mito do amor materno. Nem sempre a imagem de mulher está associada à imagem de mãe. No período da Idade Média, evocava a superioridade masculina e inferioridade feminina, levando a desvalorização da maternidade. A maternidade atualmente postulada é oriunda de uma construção filosófica, médica e política ocorrida a partir do século XVIII (Badinter, 1985; Ariès, 1981; Chodorow, 1990). Desde então há uma naturalização do nomeado amor materno.

Outro ponto a ser considerado quando se fala em mito do amor materno é a normalização médica discursiva, a qual redescreve acontecimentos fisiológicos naturais para práticas especializadas. Assim, existem dois lados, o aumento dos produtos e consumos médico e a

interposição da medicina na vida das pessoas. A medicina moderna se torna valorizada enquanto saber médico, abarcando uma estratégia biopolítica, numa sociedade capitalista que se debruçou no somático e no biológico (Foucault, 1989). No final do século XVIII o caráter feminino era vinculado aos aparatos reprodutivos, discurso médico este que limitava os papéis da mulher. A divisão do trabalho, também se pautava na relação entre os sexos no qual se diferenciavam as atividades femininas de masculinas. As definições médicas frente ao corpo feminino sexual se utilizavam da associação entre os papéis de mãe e esposa, na qual o desejo sexual era inferior ao dos homens. E, seguindo esta ideologia os papéis femininos e masculinos foram sendo esculpidos (Costa, Stotz, Grynszpan & Souza, 2006).

De encontro ao acima mencionado está à necessidade de controle sobre a população que incorporada ao fato da reprodução estar focada no sexo feminino, alterou o fator demográfico para uma questão de natureza ginecológica e obstétrica, possibilitando o ajustamento do corpo feminino como objeto de saber médico (Costa et al., 2006).

Partindo do pressuposto teórico apresentado sobre o mito do amor materno, o qual abarca conceitos históricos, retoma-se a frase do cartaz "Assim, os dois vão se conhecendo e se amando mais", a qual poderia estar escrita de outra forma, com entonação sugestiva e processual, 'assim, aos poucos os dois vão se conhecendo e construindo um amor'.

Ao final dos expositores existe a seguinte frase "A UTI Neo está capacitada para realizar os cuidados com seu bebê, mas **a pessoa mais importante** para ele é você, **Mamãe!**". Essa frase na entonação utilizada se mostra como único ponto em que o cartaz realiza uma orientação no sentido humanizado, pensando por este termo tudo o que foi dito acima sobre a construção da amorosidade com o bebê, opondo-se ao mito de que este sentimento já vem "pronto". Apesar de apresentar muitos pontos destoantes do objetivo de uma assistência humanizada, é importante destacar este trecho do mural já que ele enfatiza a importância da mãe. É importante que a mãe saiba que, por mais que a UTIN apresente inúmeros aparelhos e profissionais que podem cuidar de seu filho, ela é a mais importante, fato que diante da fragilidade, a mãe não valoriza.

Existem pontos de atenção e cuidado quando o assunto é recém-nascidos em UTIN que não podem ser desconsiderados, caso contrário, os esforços para manter o neonato vivo serão em vão. Conforme aponta Rego (1986) um dos pontos principais ao cuidado de um recém-nascido prematuro é não tratá-lo como robô, o qual está suscetível à inúmeras técnicas e tecnologias. Entender que o recém-nascido é frágil devido ao nascimento antecipado, saiu do conforto do útero de sua mãe e do seio de sua família para uma internação. Assim, o cuidado deve ser pautado na assistência de modo bio-psico-social.

Nesse sentido, cabe problematizar a forma como as equipes de saúde estão vivenciado este momento tão peculiar na vida de uma mãe e como estão realizando o suporte enquanto rede de apoio às famílias fragilizadas. Problematizar e pensar com a equipe para construir estratégias que viabilizem a construção de vínculo entre mãe e bebê tão fragilizados. Construir olhares mais humanizados diante do paciente como um todo.

3.2. Cartilha de Orientações aos Pais

A Cartilha de Orientações aos pais apresenta relatos de mães que passaram pela mesma situação, informações sobre o vínculo mãe-bebê, orientações sobre higiene e estilos de vida, sobre as vantagens do aleitamento materno e da ordenha manual, entre outras orientações.

Ao falar sobre as mães, a Cartilha apresenta o seguinte fragmento: "*As mães tornam-se meigas, amorosas e delicadas na maternidade. Criam na relação mãe-filho um clima emocional favorável sob todos os aspectos, ao desenvolvimento da criança. A atitude emocional da mãe servirá para orientar os sentimentos do bebê e conferir qualidade de vida a ele*".

A maneira como a Cartilha descreve as mães está muito distante da realidade vivenciada no ambiente de UTIN. Em um nascimento prematuro, a mãe é privada do momento final da

gestação no qual o bebê se movimenta com mais vigor e responde aos estímulos. É o momento em que a mãe inicia a construção da imagem do filho para si e socialmente é reconhecida como mãe. Mathelin (1999, p.25) destaca a dificuldade das mães em olhar para os bebês, falar com eles, dar o nome, iniciando um desencontro entre eles, torna-se assim, impossível o filho criar uma mãe.

Ao falar da mãe a Cartilha poderia abordar o momento difícil de uma maternidade precoce apresentando sentimentos compatíveis com os das mães de recém-nascidos em condição de UTIN, para que elas se identifiquem com a cartilha e não se distanciem dela. Tal como a parte descrita abaixo da cartilha na qual a equipe poderia colocar relatos de mães com entonação mais branda e não de responsabilização.

A mesma apresenta depoimentos de mães que estiveram com seus filhos internados. Destaca-se que fica implícita a mensagem que, pelo filho, a mãe precisa passar por tais condições: *“uma sensação de **responsabilidade** pelo meu filho porque não é fácil estar aqui, mas por ele e farei de tudo!”*.

Ao escolher e apresentar este depoimento, hipotetiza-se que a mensagem transmitida evoca nas mães a necessidade do cuidar e ser responsável pelo filho mesmo que não seja fácil a estadia na neonatal. As palavras em negrito como imagem evocam sensações nas mães as quais podem ser extremamente persuasivas. Ao elaborar um material descrito dessa forma, os profissionais desconsideram a condição para quem este material está sendo destinado, ou seja, a uma mãe fragilizada que está passando por um período de luto.

Entende-se que o nascimento de um filho pré-termo demanda um momento de luto, pois os pais necessitam harmonizar a imagem do bebê ideal que possuíam com a do bebê real. O bebê idealizado não se materializa com o bebê real, que na maioria das vezes é pálido, magro, com aparência enfraquecida e, muitas vezes, com poucas condições de sobrevivência. Os pais demonstram reações de luto pela perda do bebê perfeito que esperavam e também se sentem culpados pelo bebê que produziram. Além de bebês prematuros, os pais também são prematuros (Cunha & Carvalho, 2011).

Ao tratar da participação da família junto ao cuidado do bebê a cartilha traz a seguinte frase, em letras maiúsculas *“As mãos são uma das principais responsáveis pela propagação de doenças, quando realizamos a lavagem das mãos, estamos nos protegendo”*.

A partir da frase acima, resgata-se Scochi et al. (2003) para reflexão sobre as mães, as quais não podem pegar seu bebê no colo, acolhê-lo e dar carinho, fato que pode ser avassalador. Quando é possível tocá-lo dentro da incubadora, algumas mães ficam amedrontadas, o que se justifica pela autoestima prejudicada, pelo ambiente intimidador e pelo sentimento de incapacidade de cuidar do filho. Nos casos de crianças prematuras há um grande índice de abandono, espancamentos e abusos e até mesmo da chamada síndrome *failure to thrive*, em que o neonato não ganha peso e não desenvolve, sem que haja uma causa orgânica real.

Remetendo-se a frase acima, fica a impressão que as mãos dos pais são responsáveis pela propagação de doenças. Assim, as mães, ao invés de tocarem em seus bebês, são instigadas a pensar que suas mãos são responsáveis por transmitir doenças.

As instituições de saúde possuem grande incidência de infecções, o que pode ser variável de uma unidade para outra, considerando a infraestrutura e os recursos humanos, além das próprias características do recém-nascido (Pinheiro, Nicoletti, Boszczowsk, Puccini & Ramos, 2009). Em relação às ações de controle de infecção hospitalar a Portaria nº 2616/98, do Ministério da Saúde, considera toda infecção neonatal como sendo hospitalar, excluindo apenas as infecções adquiridas por meio transplacentária, ou as pertencentes às fissuras da membrana amniótica, durante um tempo superior a 24 horas antecedentes ao parto (Brasil, 1998).

Em ambiente hospitalar inúmeras são as preocupações acerca de medidas preventivas à infecções, dentre elas estão a presença de visitantes na unidade neonatal, mesmo não existindo estudos que comprovem elevada transmissão de patógenos por visitantes; a equipe de assistência a qual é uma das maiores transmissoras de patógenos por meio das mãos por

isso a necessidade dos profissionais lavarem as mãos, pois a lavagem das mãos elimina os microorganismos da flora transitória controlando o crescimento da flora residente (Mussi-Pinhata & Nascimento, 2001).

Diante deste aporte e, de encontro com as informações da cartilha, pondera-se que a cartilha aborda erroneamente as mães, pois estas não são os principais fatores para a propagação de infecções aos bebês. O tempo de internação em uma UTIN é um dos maiores causadores de colonização e infecção por germes hospitalares. Assim, ter contato precocemente com a mãe e receber o leite materno propiciam a colonização do prematuro por agentes da flora materna, resguardando-o de certa forma frente a colonização por germes hospitalares (Pinheiro et al., 2009).

Acredita-se que para que esta orientação não assuste as mães e para não dar a entender que somente elas possuem mãos que transmitem doenças, a orientação poderia ser modificada. Considera-se primordial falar da importância das mãos serem lavadas constantemente por todos, englobando a fiscalização, por parte das mães e dos familiares, dos profissionais que estão em contato com os bebês para que estes não transmitam agentes causadores de infecção. Dessa forma, acredita-se que a mãe compreenda a real importância desta conduta.

A Cartilha apresenta diversas orientações dirigidas ao exercício do aleitamento materno, juntamente com uma foto de uma mãe aleitando um bebê. Percebe-se como a imagem apresentada não reflete a realidade das mães de bebês em UTIN, uma vez que a foto para ilustrar tal tema é de um bebê que aparenta possuir aproximadamente dois meses de vida, que segura o seio da mãe, seio este formoso. Fica evidente que a imagem representa uma mãe que teve um bebê totalmente saudável, grande, nascido a termo. Questiona-se se este padrão apresentado deveria servir como modelo para as mães de bebês internados em UTIN. Aponta-se que, ao contrário, essa imagem pode acarretar efeitos negativos, na medida em que não promove uma identificação da mãe com este papel. Primeiramente, a mãe precisa se identificar com o que está sendo apresentado, cuja possibilidade se dá em proximidade com sua própria realidade. O que pode auxiliar nesse processo é a empatia na qual o profissional de saúde se coloca no lugar daquela mãe para entender o que ela sente, fazendo com que as orientações possam ser mais efetivas e menos diretivas e a partir disso pensar em qual imagem seria a melhor. Pensa-se que poderia ser colocada uma imagem de uma mulher realizando a ordenha do leite, mas sentada próxima ao leito do filho no qual ela pode olhar para ele.

Por fim, a Cartilha apresenta uma série de orientações de ordem higienista, como os exemplos a seguir, todos colocados em letras maiúsculas: "*não é preciso reforçar que fumar faz mal à saúde*"; "*cabelos limpos e presos*"; "*barba bem feita*"; "*escovar os dentes após as refeições*"; "*evitar fumar durante a permanência de seu bebê na UTI*"; "*dormir 8 hrs, praticar algum tipo de exercício físico*"; "*higiene nunca é demais*"; "*evite bebida alcoólica*"; "*tomar banho diariamente*"; "*cortar as unhas e mantê-las limpas*"; "*lavar as mãos constantemente*"; "*trocar roupas limpas*"; "*secar bem os pés após o banho para evitar mau cheiro*"; "*lavar os calçados regularmente*".

Nas recomendações acima, percebe-se o posicionamento bastante medicalizante.

Problematiza-se o fato de que as famílias, em especial as mães, são possuidoras de um conhecimento, possuem suas crenças, hábitos e cultura. Percebe-se que o sujeito a quem o material é destinado não está sendo pensado, reafirmando a hipótese de sobreposição do conhecimento científico ao conhecimento senso comum. O conhecimento científico é legitimado dentro do ambiente de saúde. Este serve para dar orientações e diretrizes sobre a vida dos sujeitos. Contudo, a forma como este é apropriado por quem o detém é que o faz tomar características de poder, a exemplo está o saber médico. A origem da medicina tal como hoje está estabelecida é oriunda de um conhecimento médico compreendendo uma estratégia biopolítica, "o corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica" (Foucault, 1989, p.47). Por meio da legitimação deste conhecimento é que existe um controle social em se tratando da saúde, ou seja, existem parâmetros que ditam a normalidade.

Complementando, Santos (2008) apresenta a partir de sua análise sociológica uma ruptura dos

paradigmas na qual a ordem hegemônica está em crise, isto é, há crise emergente na ordem científica dominante. Essa ordem científica é bastante criticada pelo fato do comprometimento exclusivo com o modo singular de encontrar o conhecimento verdadeiro, fundamentado por princípios epistemológicos comprovados com métodos restritos. Esse conhecimento, que é caracterizado pelo modelo autoritário e hegemônico, tido como conhecimento científico, já não corresponde às necessidades humanas, contrapondo veementemente ao senso comum, afastando-se da natureza e das insuficiências humanas.

Considerando tais pressupostos, percebe-se como o saber médico se apropria da legitimação do conhecimento científico até os dias atuais. Existe uma crise, como aponta Santos (2008), e diante desta é fácil enxergar que um conhecimento hegemônico não satisfaz as necessidades de uma unidade neonatal, na qual os principais envolvidos possuem um conhecimento de senso comum. Percebe-se a necessidade de diálogo entre os saberes, haja vista que existem princípios norteadores de regras presentes no conhecimento científico necessárias, mas a mediação demanda empatia permeada pelo conhecimento de senso comum.

Especificamente em relação ao tabagismo, existem algumas páginas que apresentam inúmeras doenças ocasionadas devido à dependência do cigarro. Apresenta-se seguinte frase, em letras maiúsculas e negrito: "*A gravidez é uma ótima oportunidade para deixar de fumar*". Logo em seguida apresenta a descrição de complicações que podem ser oriundas do tabagismo tais como "*O cigarro está associado ao grande número de descolamentos de placenta, nascimento prematuro, abortos, baixo peso e morte do feto ou mesmo do recém nascido*". "*Pense no seu bebê não fume*".

Traz-se novamente a questão da sobreposição dos conhecimentos. O conhecimento apresentado acima na cartilha é estritamente científico, para a elaboração de um material de apoio como este é necessário ponderar os conhecimentos, ou melhor, fazê-los dialogar para que as mães fumantes se sintam incluídas nas orientações e não como as responsáveis por colocar seu filho em tais condições de risco. Quando um material de orientação para mães e familiares de prematuros está sendo elaborado, deve-se considerar a fragilidade na qual estes se encontram. Dar ênfase simplesmente às possibilidades de culpabilização da mãe não a fará parar de fumar.

4. Conclusão

O momento de internação de um recém-nascido na UTIN fragiliza a família como um todo, incidindo principalmente na mãe. Considerando o material analisado nesta pesquisa, percebe-se como as equipes assistenciais ainda carecem de formas de mediação mais adequadas para as intervenções, em outras palavras, as equipes não possuem aparatos efetivos no manejo com as mães e os familiares. Problematisa-se aqui a posição assumida pelos profissionais de saúde, bastando orientações descritas sem se pensar a quem está sendo dirigido, e o seu contexto. São apenas orientações estritamente científicas e padronizadas.

A discrepância entre os conhecimentos científicos e os do senso comum aparece como norteadora da questão estudada. O fato de como os profissionais se apropriam e se utilizam do seu conhecimento evoca na forma como os usuários respondem ao serviço de saúde prestado. Entende-se que na teoria o paradigma dominante está em reavaliação e emergência, não obstante o fato de que, ainda, predomina a superioridade do olhar científico pelos profissionais.

A Política Nacional de Humanização possui como objetivo o atendimento aos usuários de modo mais humanizado, no qual o contexto social e histórico é analisado, contudo na prática constata-se que profissionais elaboram materiais de orientação previstos pela política, mas de modo limitado ao seu olhar, o qual não é o mesmo a quem o material está sendo destinado. Esse desencontro reflete no modo como as informações são abstraídas. Aponta-se que culpabilizar as mães, realizar julgamentos morais e ditar comportamentos não corresponde a um cuidado humanizado.

Para um cuidado ser efetivado em sua completude os profissionais assistenciais podem

considerar alguns pontos. Primeiramente, abordar o conceito de empatia para qualquer ação, estratégia ou intervenção. Partindo de um olhar empático, que está relacionado ao colocar-se no lugar do outro, a quem está sendo direcionado, deve-se pensar o contexto da pessoa, onde é o local que ela reside, com quem convive, quais são suas crenças, entender que lugar o recém-nascido ocupa em sua vida, que lugar estava sendo guardado a ele. Posteriormente quais são os objetivos da ação e aqui abordando as diretrizes do conhecimento científico, em seguida quais são as possibilidades, que realidade é encontrada, qual a estrutura da neonatal, qual a condição clínica do bebê. E somente após ponderar todos estes pontos é que se torna viável elaborar estratégias mais humanizadas, destinadas à melhoria da estadia da família como um todo durante a internação em neonatal. Em suma, fica evidenciado o ganho que todos têm, usuários e profissionais de saúde, quando é estabelecido o diálogo entre saberes consagrados cientificamente e os saberes do senso comum, especialmente quando lidamos com seres humanos intrinsecamente carregados de subjetividades e fragilidade.

A partir dessa pesquisa enfatiza-se a necessidade de estudos futuros referentes as posturas profissionais diante da política de humanização.

Referências

Ariés, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC.

Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. (W. Dutra, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Bowlby, J. (1984). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes.

Bragheto, A. C. M., & Jacob, A. V. (2011). Suporte Psicológico às mães de prematuros em uma UTI Neonatal: relato de experiência. *Saúde e transformação social. Saúde & Transformação Social*. [Internet]. 1(3), 174-178.

Chorodow, N. (2002). *Psicanálise da Maternidade. Uma Crítica a Freud a Partir da Mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos (Publicação original 1990).

Costa, T., Stotz, E. N., Grynszpan, D., & Souza, M. C. B. (2006). Naturalization and medicalization of the female body: social control through reproduction. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* [Internet] 10(20), 363-80.

Cunha, E. F. C., & Carvalho, M. M. S. B. (2011). Emoções de mães de bebês prematuros: a perspectiva de profissionais da saúde. *Contextos Clínicos*. [Internet] 4(2), 80-87.

Deslandes, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro [Internet] 9(1),7-14.

Foucault, M. (1989). *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6a ed). São Paulo: Atlas.

Martínez, J. G., Fonseca, L. M. M., & Scochi, C. G. S. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. *Rev. Latino-americana Enfermagem*. [Internet] 15(2).

Mathelin, C. (1999). *O Sorriso de Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Minayo, M.C. S. (2000). *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. (7a Ed). São Paulo: Hucitec-Abrasco.

Ministério da Saúde [Brasil]. (2010). Ministério da Saúde, Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. *Diário Oficial da União*, (Brasília-DF, 13 jul. 2007), 84.

Moreira, M. E. L. (org). (2003). *Quando a Vida começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Mussi-Pinhata, M. M & Nascimento, S. D. (2001). Infecções neonatais hospitalares. *Jornal de*

Pediatria. [Internet] 77(1).

Pinheiro, M. S. B., Nicoletti, C., Boszczowski, I., Puccini, D. M. T., & Ramos, S. R. T. S. (2009). Infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: há influência do local de nascimento? *Rev. Paul Pediatr*. [Internet] 27(1).

Puccini, P. T. & Cecílio, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*. (2004). [Internet] 20(5), 1342-1353.

Rego, J. D. (1986). Assistência aos pais de recém-nascidos de risco, mal formados ou doentes. *Pediatria Moderna*. 22(4).

Santos, B. S. (2008). *Um discurso sobre as ciências*. (5a Ed). São Paulo: Cortez.

Sociedade Brasileira de Pediatria. [SBP] (2003). *Os 10 passos para a atenção hospitalar humanizada à criança e ao adolescente*. Rio de Janeiro.

Scochi, C. G. S. Kokudy, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Internet] 11(4) 539-543.

Serra, S. O. A., & Scochi, C. G. S. (2004). Dificuldades Maternas no Processo de Aleitamento Materno de Prematuros em uma UTI Neonatal. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. [Internet] 12(4) 597-605.

Silva, R. V., & Silva, I. A. (2009). A Vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet] 13(1) 108-115.

Souza, N. L., Araujo, A. C. P. F., Costa, I. C. C. Medeiros Junior, A., & Accioly Junior, H. (2010). Vivência materna com o filho prematuro: Refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. *Rev. Min. Enferm*. [Internet] 14(2) 159-165.

1. Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. E-mail: gislaine-f.oliveira@hotmail.com

2. Universidade Federal do Paraná – UFPR. Programa de Pós-graduação Acadêmico e Profissional em Enfermagem. E-mail: marcia.freire@ufpr.br

3. Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. E-mail: rexxavier@gmail.com

4. Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. E-mail: tatianeveira.fono@yahoo.com.br

5. Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO. Departamento de Fonoaudiologia. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. E-mail: cifujinaga@gmail.com

Revista ESPACIOS. ISSN 0798 1015
Vol. 38 (Nº 19) Año 2017

[Índice]

[En caso de encontrar algún error en este website favor enviar email a webmaster]

©2017. revistaESPACIOS.com • Derechos Reservados