

ERIKA DA SILVA DITZ

**A MÃE NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

**Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2009**

ERIKA DA SILVA DITZ

**A MÃE NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Tese apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena

Co-orientador: Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota

**Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2009**

Ficha catalográfica

D617m

Dittz, Erika da Silva

A mãe no cuidado do recém-nascido na Unidade De Terapia Intensiva Neonatal/Erika da Silva Dittz. - - 2009.

147 f., il. enc.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena

Co-orientador: Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota

Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área de Concentração Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

1. Recém-nascido. 2. Relações Mãe-Filho. 3. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 4. Mães. I. Sena, Roseni Rosângela, Orientador. II. Mota, Joaquim Antonio César, Co-Orientador. III. Universidade Federal de Minas Gerais. IV. Título.

NLM: WS 420

CDU: 616.053

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Prof^a. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Prof^a. Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

Faculdade de Medicina

Diretor: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: João Lúcio dos Santos Jr.

Chefe do Departamento de Pediatria: Prof^a. Maria Aparecida Martins

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Coordenador: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenadora: Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva

Colegiado:

Prof. Joel Alves Lamounier

Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva

Prof^a. Ivani Novato Silva

Prof. Jorge Andrade Pinto

Prof^a. Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart

Prof^a. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof^a. Regina Lunardi Rocha

Gustavo Sena Sousa (Representante Discente)



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 34409-9641 FAX: (31) 3409-9640



UFMG

ATA DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO de **ERIKA DA SILVA DITZ**, nº de registro 2007668224 Às quatorze horas do dia **vinte nove do mês de junho de 2009** reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Curso para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"A MÃE NO CUIDADO DO RECÉM NASCIDO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL."** requisito final para a obtenção do Grau de Doutora em Ciências da saúde área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa Roseni Rosangela de Sena , após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado definitivo. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Roseni Rosangela de Sena/Orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Prof. Joaquim Antonio Cesar Mota/Co-orientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. Eduardo Carlos Tavares	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Zeni Carvalho Lamy	Instituição: UFMA	Indicação: <u>aprovada</u>
Profa. Carmem Gracinda Silva Scochi	Instituição: USP	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. Cristina Gonçalves Alvim	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>

Pelas indicações, a candidata foi considerada APROVADA.
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela presidente da comissão. Nada mais havendo a tratar a presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA que será assinada por todos os membros participantes da comissão examinadora. Belo Horizonte, vinte nove de junho de dois mil e nove.

Profa. Roseni Rosangela de Sena/Orientadora Roseni Sena

Prof. Joaquim Antonio Cesar Mota/Co-orientador JAM

Prof. Eduardo Carlos Tavares Eduardo Carlos Tavares

Profa. Zeni Carvalho Lamy Zeni Lamy

Profa. Carmem Gracinda Silva Scochi Carmem Gracinda Silva Scochi

Profa. Cristina Gonçalves Alvim Cristina G Alvim

Prof. Joel Alves Lamounier/Coordenador Joel Alves Lamounier

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

PROF. JOEL ALVES LAMOUNIER
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Medicina/UFMG

Obs: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409 9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Roseni Rôsangela de Sena, Joaquim Antonio Cesar Mota, Eduardo Carlos Tavares, Zeni Carvalho Lamy, Carmem Gracinda Silva Scochi, Cristina Gonçalves Alvim, aprovou a defesa de tese intitulada: **“A MÃE NO CUIDADO DO RÉCEM – NASCIDO NA UNIDADE DE TERAPIA INTESIVA NEONATAL.”** apresentada pela doutoranda **ERIKA DA SILVA DITZ** para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde – Área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 29 de junho de 2009.

Profa. Roseni Rosangela de Sena
Orientadora

Prof. Joaquim Antonio Cesar Mota
Co-orientador

Prof. Eduardo Carlos Tavares

Profa. Zeni Carvalho Lamy

Profa. Carmem Gracinda da Silva Scochi

Profa. Cristina Gonçalves Alvim

*A meu pai que,
mesmo não estando fisicamente a meu lado,
foi minha fonte de força para ir em busca desta conquista.
Quando a saudade dói, faço uso do que me ensinou:
sorrio, canto e celebro a vida.*

Agradecimentos

Aos participantes desta pesquisa, pela oportunidade de um aprendizado que transcende este estudo.

A meus pais Dalton Dittz e Ana Umbelina da Silva Dittz que me ofereceram além de amor e carinho, os referenciais de vida.

À Prof^a Dr^a Roseni Rosângela de Sena, pela segurança, seriedade e competência com que me conduziu nesta investigação.

Ao Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota, pelas contribuições ao longo deste percurso.

A minha irmã, Elysângela Dittz Duarte, sempre comigo nos bons e maus momentos, compartilhando os sucessos e tropeços. Minha sincera gratidão por sua generosidade e disponibilidade.

À Prof^a Dr^a Lélia Maria Madeira, pelo apoio e oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

A Inácio, companheiro inseparável, sempre acreditando mesmo quando eu duvidava.

A meu irmão, Dalton Dittz Júnior, pelo apoio e solidariedade nos momentos de dificuldade.

A meu sobrinho, Bernardo Dittz Duarte, expressão maior de ternura.

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem - NUPEPE, pelas discussões e sugestões que enriqueceram este trabalho.

Ao Dr. Ivo de Oliveira Lopes, por acreditar e lutar por um serviço público de saúde em defesa da vida.

À Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete, à Prof^a Dr^a Cristina Gonçalves Alvim e ao Prof. Dr. Eduardo Carlos Tavares, pelas sugestões e contribuições no exame de qualificação.

Às colegas Ana Flávia Coelho Lopes, Caroline de Oliveira Alves, Júlia Cristina Amaral Horta e Tatiana Coelho Lopes, pela amizade e disponibilidade constantes.

À Sibylle Emilie Vogt Campos, pela grande ajuda na recuperação dos artigos.

Aos tios e primos, pela torcida e apoio no decorrer deste percurso.

Às muitas outras pessoas que me ajudaram na concretização deste trabalho e que não estão aqui nomeadas, muito obrigada.

Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.

Fernando Pessoa

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a participação da mãe no cuidado do recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Sofia Feldman e teve como sujeitos 12 mães e 11 profissionais de saúde que assistem o recém-nascido na UTIN. Utilizou-se a metodologia qualitativa com orientação teórico-metodológica da dialética. A coleta de dados foi realizada por meio de observação participante e entrevista, sendo a observação participante o núcleo de todo o procedimento. A entrevista foi realizada com as mães que participaram da observação e com os profissionais que foram identificados como informantes-chave por meio das situações observadas e das entrevistas. Para o tratamento e a análise dos dados, foi utilizada a Análise de Discurso dos quais emergiram as categorias e subcategorias empíricas: A mãe no cuidado do filho internado na UTIN: construção da permanência materna na Instituição; reconhecimento da importância da presença materna; o que sentem e o que querem as mães; o fazer e o lugar da mãe na UTIN; limites para a participação da mãe no cuidado do filho na UTIN; Construção do cuidado materno: possibilidades e desafios. A partir dos dados coletados, foi evidenciado que a presença da mãe faz parte da história institucional e é fruto do reconhecimento da importância materna para o desenvolvimento do filho e da decisão institucional de garantir o direito de o recém-nascido ter um acompanhante. A informação sobre as condições clínicas do recém-nascido é uma das principais necessidades da mãe, mas ainda não foi incorporada à prática dos profissionais de saúde. As mães constroem um lugar e um fazer no cuidado do filho na UTIN a partir de suas ações, revelando outras dimensões do cuidado e possibilidades de participação. A existência de cuidados que podem ser realizados tanto pela mãe quanto pelo profissional de saúde é causa de conflitos e tensões, e tanto a mãe quanto os profissionais buscam exercer o seu poder. A participação da mãe no cuidado na UTIN não é algo sistematizado, devendo ser construída cotidianamente. Isso requer mudanças na forma como os profissionais planejam e realizam o cuidado. Verifica-se que, no local deste estudo, a existência de estratégias que favorecem a participação da mãe não garante essa participação em sua plenitude, indicando a necessidade de continuar e ampliar os estudos a fim de solidificar as iniciativas já existentes que favorecem essa prática e construir novas possibilidades para a participação da mãe no cuidado, expressa pelas mães como desejo e necessidade e, pelos profissionais de saúde, como possibilidade e desafio.

Palavras-chave: Recém-nascido; Relações Mãe-Filho; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Mães.

ABSTRACT

The goal of this study is to analyze mother's participation when caring for her newborn staying at the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in Sofia Feldman Hospital. The subjects of the study were 12 mothers and 11 health professionals who help to provide care for newborns at the NICU. The study used qualitative methodology with dialectics theoretical-methodological orientation. Data was gathered through participant observation and interviews, with participant observation being the centre of the whole process. Interviews were done with mothers who took part in the observation and with professionals who were identified as key-informers through situations observed and interviews. Speech Analysis was used for treating and analyzing data, from which the following empirical categories and sub-categories came out: Mother taking care of the child staying in NICU; development of the process of maternal stay at the Institution; acknowledgement of the importance of mother's presence; what mothers feel and want; the doing and the place of mothers at NICU; limits for mother's participation when taking care of her child at NICU; Building maternal care: possibilities and challenges. Data gathered showed that the presence of mothers belongs to the history of the institution and it is the result of acknowledging maternal importance for child development and of the institutional decision of ensuring the right the newborn has to have someone who stays with him/her. Information on clinical conditions of newborns is one of the main needs for the mother, but it has not yet been incorporated into the daily practice provided by health professionals. From their actions, mothers build up a place and a process of doing when caring for their child at NICU, showing other dimensions of care and other possibilities of participation. The fact that there are some types of care that can be done both by the mother and by health professionals causes conflicts and tensions, and both mothers and professionals try to exercise their power. Mother's participation in caring for their children at NICU is not something which has been systematized, but it must be built on a daily basis. This requires changes in the way professionals plan and carry out the care they provide. At the institution where the study took place, it was clear that the strategies that favor mother's participation do not guarantee that full participation, indicating the need to continue and extend these studies in order to solidify the already existing initiatives that favor this practice and to build new possibilities for mother's participation in caring for their child. Mothers express these new possibilities for their participation as a wish and as a need, whereas health professionals describe them as a possibility and as a **challenge**.

Key Words: Newborn; Mother-Child Relations; Intensive Care Units, Neonatal; Mothers.

RESUMEN

Este estudio tuvo por objetivo analizar la participación de la madre en el cuidado del recién nacido ingresado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Sofia Feldman y tuvo como sujetos 12 madres y 11 profesionales de la salud que asisten al recién nacido en la UTIN. Se utilizó la metodología cualitativa con orientación teórico-metodológica de la dialéctica. La recogida de datos fue realizada a través de observación participante y entrevista, donde la observación participante fue el núcleo de todo el procedimiento. La entrevista fue realizada con las madres que participaron en la observación y con los profesionales que fueron identificados como informadores-clave mediante las situaciones observadas y las entrevistas. Para el tratamiento y el análisis de los datos, se utilizó el Análisis del Discurso. De los datos analizados surgieron las categorías y sub-categorías empíricas: La madre en el cuidado del hijo ingresado en la UTIN: construcción de la permanencia materna en la institución; reconocimiento de la importancia de la presencia materna; lo que sienten y lo que quieren las madres; el hacer y el lugar de la madre en la UTIN; límites para la participación de la madre en el cuidado del hijo en la UTIN; Construcción del cuidado materno: posibilidades y retos. A partir de los datos recogidos, resultó evidente que la presencia de la madre forma parte de la historia institucional y es fruto del reconocimiento de la importancia materna para el desarrollo del hijo y de la decisión institucional de garantizar el derecho del recién nacido a tener un acompañante. La información sobre las condiciones clínicas del recién nacido es una de las principales necesidades de la madre, pero todavía no ha sido incorporada a la práctica de los profesionales de la salud. Las madres construyen un lugar y un hacer en el cuidado del hijo en la UTIN a partir de sus acciones, revelando otras dimensiones del cuidado y posibilidades de participación. La existencia de cuidados que pueden realizarse tanto por la madre como por el profesional de la salud es causa de conflictos y tensiones, y tanto la madre como los profesionales tratan de ejercer su poder. La participación de la madre en el cuidado en la UTIN no es algo sistematizado, debiendo construirse cotidianamente. Esto requiere cambios en la manera en que los profesionales planifican y llevan a cabo el cuidado. Se comprueba que, en el local de estudio, la existencia de estrategias que favorecen la participación de la madre no garantiza esta participación en su plenitud, indicando la necesidad de continuar y ampliar los estudios para que las iniciativas ya existentes que favorecen esa práctica puedan solidificarse y construir nuevas posibilidades para la participación de la madre en el cuidado, expresada por las madres como deseo y necesidad y, por los profesionales de la salud, como posibilidad y reto.

Palabras Clave: Recién Nacido; Relaciones Madre-Hijo; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Madres.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	14
2 OBJETIVO.....	17
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO.....	18
4 O CAMPO DA PESQUISA: ASPECTOS HISTÓRICOS DA PARTICIPAÇÃO DA MÃE NO CUIDADO.....	26
5 OS CAMINHOS DA PESQUISA.....	33
5.1 A escolha do método.....	33
5.2 Participantes da pesquisa.....	34
5.3 O cenário da coleta de dados.....	34
5.4 Aspectos éticos.....	35
5.5 Trabalho de Campo.....	36
5.5.1 Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	37
5.5.1.1 Observação participante.....	37
5.5.1.2 Entrevista.....	41
5.6 Organização e análise dos dados.....	43
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
6.1 A MÃE NO CUIDADO DO FILHO INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	48
6.1.1 A construção da permanência materna na Instituição.....	48
6.1.2 Reconhecimento da importância da presença materna.....	54
6.1.3 O que sentem e o que querem as mães.....	65
6.1.4 O fazer e o lugar da mãe na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	77
6.1.5 Limites para a participação materna no cuidado do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	91
6.2 CONSTRUÇÃO DO CUIDADO MATERNO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: POSSIBILIDADES E DESAFIOS.....	100
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
REFERÊNCIAS.....	115
ANEXOS E APÊNDICES.....	131

1 APRESENTAÇÃO

O tema e as questões trabalhadas neste estudo emergiram de minha experiência no acompanhamento às mães de recém-nascidos internados na UTIN, que teve início em 2002, quando assumi a gerência do Alojamento Materno do Hospital Sofia Feldman, que era uma Unidade destinada à permanência da mãe durante a internação do filho.

Em minha convivência com as mães que permaneciam no Alojamento Materno, pude perceber que a decisão de ficar no hospital era permeada por conflitos onde a mãe se dividia entre ficar com o filho internado e atender às demandas do companheiro, dos outros filhos e dela própria. Percebia, ainda, que a permanência no hospital era vivenciada, por algumas mães, como uma situação de intenso sofrimento. A tomada de consciência acerca da situação experienciada por essas mães foi o que motivou a realização da pesquisa “*A vivência da mulher-mãe no Alojamento Materno durante a internação do recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*”, durante o mestrado, para obtenção do título de mestre (DITZ, 2006).

Essa pesquisa possibilitou-me conhecer, dentre outros aspectos, que a mãe permanece junto do filho na UTIN para transmitir-lhe afeto e participar de seu cuidado. Contudo, minha prática profissional sinalizava que, tanto a necessidade da mãe de cuidar do filho quanto as decisões institucionais, como o oferecimento de condições de permanência para a mãe, mostravam-se insuficientes para garantir essa participação.

Em minha trajetória profissional, pude observar a existência de diferentes entendimentos acerca da participação da mãe no cuidado. Para a mãe, era a possibilidade de exercer a maternidade e contribuir para a recuperação do filho. Quanto aos profissionais, acreditavam na importância da presença materna junto ao recém-nascido, contudo, essa participação se dava a partir do que a equipe julgava ser conveniente. A Instituição, por sua vez, tem,

como um de seus valores, a construção de uma assistência orientada pelas necessidades dos usuários e, no caso do recém-nascido, uma das formas de atender a essa necessidade é assegurar-lhe a presença da mãe durante sua internação na UTIN.

Em relação ao cuidado na UTIN, observa-se que está centrado na dimensão biológica e que a alta densidade tecnológica assume um papel importante na recuperação do recém-nascido. Contudo, essa lógica de cuidado não se mostra suficiente para assegurar o atendimento às necessidades de saúde do recém-nascido, nas quais incluem as relacionadas aos aspectos emocionais e sociais. A presença da mãe junto do filho é o exercício de um direito e uma possibilidade de se construir uma assistência que contemple as múltiplas necessidades de cuidado do recém-nascido internado na UTIN e de sua família. Assim, torna-se importante compreender como se dá a participação da mãe no cuidado ao recém nascido, no espaço da UTIN.

Tais reflexões fizeram emergir alguns questionamentos que motivaram a realização deste estudo: Como a mãe cuida do filho na UTIN? Como a equipe percebe a mãe no cuidado do recém-nascido na UTIN? É possível coexistirem, em um mesmo espaço, o saber da mãe e o saber dos profissionais? Quais as estratégias construídas pelas mães para superar os limites impostos pela racionalidade científica na UTIN?

O presente estudo tem como pressuposto que a permanência da mãe junto do filho se dá pela decisão da mesma de acompanhar e cuidar do filho e pela política institucional, o que nem sempre assegura a participação da mãe no cuidado do recém-nascido internado na UTIN.

Para a construção deste trabalho, faço uma breve retrospectiva acerca das transformações ocorridas na assistência ao recém-nascido, buscando evidenciar, nesses diferentes momentos, o afastamento e a aproximação entre mãe e filho, determinados pelas práticas de cuidado. Na sequência,

faço uma contextualização do campo da pesquisa resgatando alguns elementos que entendo necessários para a compreensão dos aspectos vinculados à participação materna no cuidado do filho na UTIN no HSF.

Em seguida, apresento o caminho metodológico trilhado para realizar esta pesquisa, explicitando a caracterização do estudo, os sujeitos da pesquisa, a descrição do cenário e dos procedimentos para coleta e análise dos dados.

Na apresentação dos resultados e discussão, estabeleço um diálogo entre os dados coletados, os achados da literatura e minha vivência como profissional e pesquisadora, tendo, como fio condutor, as perguntas que motivaram a realização deste estudo.

Por fim, apresento considerações que indicam possibilidades para a participação da mãe no cuidado do recém nascido na UTIN.

2 OBJETIVO

Analisar a participação da mãe no cuidado do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

A assistência à mulher e ao recém-nascido passou por profundas transformações através dos tempos. Nos tempos mais primitivos, a mulher paria isoladamente não sendo dispensado a ela nenhum tipo de cuidado. Contudo, os problemas que acompanhavam a parturição, tais como distócias e mesmo a morte materna, alertaram para a necessidade de a parturiente ter, a seu lado, uma pessoa que pudesse ajudá-la. Desde então, surge o auxílio à parturiente, feito por mulheres mais velhas que eram reconhecidas pela experiência adquirida a partir de sua própria multiparidade e prática tocológica. Dessa forma, o parto passou a ser assistido no domicílio das parturientes por essas mulheres, deixando de ser um acontecimento solitário (MELO, 1983).

A assistência ao parto esteve sob a hegemonia das parteiras sendo sua prática legitimada pelo contexto social. A parturição mantinha-se desvinculada da prática médico-cirúrgica e, nos casos mais complicados ou anômalos, a parteira recorria a outra mais experiente e, em último caso, a um cirurgião (SCOCHI *et al.*, 1996).

No período que compreende os séculos XVII e XVIII, a prática das parteiras foi institucionalizada pela medicina (BRENES, 1991) e a arte de partejar deixou de ser um ofício independente para se tornar subordinada e controlada pela medicina, passando a ser realizada no espaço hospitalar. Assim, a legitimidade da ciência e a ideologia do profissionalismo eram usadas como justificativa para o gradual declínio do número de nascimentos no domicílio assistidos por parteira e o aumento no número de nascimentos no hospital (DAVIS *et al.*, 2003).

Nessa época, percebe-se uma clara intenção do Estado em intervir no crescimento populacional. É atribuída à mulher uma importância social por ser um elemento de reprodução. A parteira torna-se uma protetora da criança

como uma estratégia de incremento da natalidade que tem como objetivos: reduzir a alta mortalidade; reprimir o aborto provocado e o infanticídio e identificar os pais legítimos com vistas a reduzir os gastos públicos (MELO, 1983).

O interesse em incrementar a natalidade despertou também o interesse pela criança. Nesse contexto, a atenção da sociedade é despertada para a infância, reconhecendo as necessidades peculiares dessa fase da vida. A criança assume, então, um lugar central na vida da família tornando-se motivo de preocupação e cuidados (ARIÈS, 1981).

No século XVIII, a infância foi reconhecida como uma etapa distinta e com características próprias do desenvolvimento humano, conferindo-se à criança certa individualidade (SCOCHI, 2000). Naquela época ocorreu uma significativa diminuição da mortalidade infantil, inicialmente atribuída aos cuidados médicos e higiênicos. O movimento higienista passa a interferir na relação entre pais e filhos e a regular o modo de criação e educação das crianças (ARIÈS, 1981).

Somente após a valorização da infância e a preocupação com a elevada taxa de mortalidade infantil é que a criança doente passa a merecer atenção e a pediatria surge como uma especialidade da medicina no século XIX (SCOCHI, 2000). A tendência à especialização em doenças infantis levou ao aparecimento dos hospitais infantis, inicialmente na Europa e posteriormente nos Estados Unidos (WAECHTER; BLAKE, 1979).

A assistência ao recém-nascido prematuro despertou a atenção do obstetra francês Stéphane Etienne Tarnier que criou, em 1880, a incubadora, como uma forma de preservar a vida dos recém-nascidos prematuros (SILVERMAN, 1979). As incubadoras foram projetadas com paredes de vidro para promover o envolvimento materno e facilitar que as mães vissem seus filhos (DAVIS *et al.*, 2003).

Pierre Budin, discípulo de Tarnier, deu continuidade ao trabalho de seu mestre e também dispensou atenção às crianças que ajudava a nascer. Em 1907, Budin publicou o primeiro livro de neonatologia, *The Nursling*, com orientações para o cuidado do prematuro que incluíam controle da temperatura corporal, higiene, alimentação adequada e presença constante das mães no cuidado dos prematuros (BUDIN, 1907; THOMAS, 2008).

Nos berçários do obstetra francês, Pierre Budin, a presença da mãe era justificada pelo que constatara em suas observações: “*as mães, quando separadas dos filhos pequenos, logo perderam todo o interesse naqueles que elas não puderam cuidar ou ninar*” (KLAUS; KENNEL, 1982, p.141). Budin recomendava que a presença e a participação da mãe no cuidado com seu bebê fossem estimuladas, evitando que as crianças ficassem em orfanatos. A presença da mãe nos berçários visava, além do estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, a estimulação do aleitamento materno (THOMAS, 2008).

No fim do século XIX e início do século XX, Martin Cooney, aluno de Budin, passa a realizar exposições com crianças prematuras em incubadoras, onde eram colocadas para crescer. Cooney participou da Exposição de Berlim, em 1896 e de outras exposições na Inglaterra e Estados Unidos. Posteriormente se instalou em Couney Island onde cuidou, com sucesso, de mais de cinco mil prematuros (KLAUS; KENNEL, 1982). Segundo Davis *et al.* (2003) Cooney aumentou a consciência de que as crianças prematuras poderiam sobreviver e se desenvolver como pessoas normais. Em decorrência do sucesso clínico e comercial alcançado por ele, foram criados vários centros para assistência ao prematuro (SCOCHI *et al.*, 1996).

Ao contrário de seu professor Budin, Martin Cooney não permitia a presença da mãe junto de seu filho prematuro. Nas exposições de bebês prematuros em incubadoras que realizava, as mães não pagavam ingresso para ver os seus filhos, mas também não podiam cuidar deles (DAVIS *et al.*, 2003). Os efeitos

dessa conduta foram percebidos por Cooney quando, ao terminar o período das exposições, as mães relutavam em receber os bebês que sobreviviam (KLAUS; KENNEL, 1982).

Com relação à presença da mãe junto ao filho recém-nascido, Ungerer e Miranda (1999) relatam que, na época em que o parto ainda ocorria no domicílio, o recém-nascido era mantido junto de sua mãe, recebendo o calor de seu corpo e seu leite. Com o surgimento dos hospitais, os poucos que prestavam assistência ao parto não dispunham de berçários e o recém-nascido permanecia ao pé da cama de sua mãe até o momento da alta.

No começo do século XX, a alta taxa de morbidade e mortalidade de recém-nascidos hospitalizados aumentou a preocupação com o controle de infecção e foi estabelecido um isolamento rigoroso. Os princípios do cuidado passaram a enfatizar a limpeza e a esterilidade (DAVIS *et al.*, 2003). As visitas foram desencorajadas e as mães, definitivamente impedidas de continuar responsáveis pelos cuidados dos seus bebês (KLAUS; KENNEL, 1982). Esses métodos assistenciais constituíram-se em uma das primeiras barreiras para a relação mãe e filho (PIZZATO; DA POIAN, 1982).

Os progressos tecnológicos ocorridos na segunda metade do século XX levaram à incorporação de aparatos tecnológicos na assistência à saúde, como aparelhos de suporte à vida, monitores de funções fisiológicas, instrumental cirúrgico e fórmulas lácteas. A assistência ao recém-nascido prematuro visava a doença e o seu controle, utilizando tratamentos mais complexos e invasivos que se, por um lado, reduziam a mortalidade, por outro, aumentavam a morbidade (SCOCHI, 2000).

Os berçários que objetivavam o conforto do recém-nascido deram lugar às modernas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal que para Scochi *et al.* (1996, p.99) “*com seu fetichismo encobre sua finalidade e razão de existência*

na promoção da saúde e desenvolvimento das crianças no seio familiar e na comunidade.”

Nessas Unidades, o cuidado continuava centrado na sobrevivência infantil por meio do controle de temperatura, da nutrição e da manutenção de um ambiente estéril para prevenir infecção. A manipulação foi considerada estressante sendo que o único contato humano primário para essas crianças era pelos procedimentos médicos frequentemente, invasivos. O papel dos pais e da família continuava não considerado na dinâmica da UTIN (DAVIS *et al.* 2003).

Segundo Brazelton (1988), somente após adquirir certo domínio sobre as doenças e intercorrências que representavam causas de morbi-mortalidade materna e infantil é que a Obstetrícia e a Neonatologia passaram a discutir aspectos como relação pais-bebê, a prevenção de traumas psíquicos futuros e a criação de ambiente favorável ao desenvolvimento integral do indivíduo.

Nesse contexto, os estudos que mostram as repercussões da separação precoce entre mãe e filho para o desenvolvimento físico e emocional do bebê e para a saúde mental materna (BOWLBY, 1960, 1995; KLAUS; KENNEL, 1982, 1993; BREHERTON, 1992; SPITZ, 1996) e, posteriormente, a instituição de uma legislação que regulamenta os direitos da criança (BRASIL, 2003) foram orientadores de algumas mudanças na assistência ao recém-nascido internado na UTIN. Dentre essas mudanças encontram-se a presença dos pais junto ao filho internado, o incentivo à participação da mãe no cuidado ao filho e na tomada de decisão sobre o tratamento, a implementação de grupos de apoio aos familiares e a liberação de visitas de outros membros da família (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

No que concerne à presença dos pais na UTIN e a sua participação no cuidado do filho hospitalizado, Diaz Roselló (1992) considera que contribuem para o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, na redução do estresse

na família causado pela hospitalização e no preparo para o cuidado do filho no domicílio.

Mesmo diante dessas evidências, a assistência ao recém-nascido na UTIN tem preservado sua centralidade nos aspectos biológicos em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais. Essa lógica sustentada pela racionalidade científica é explicada pela afirmativa de Scochi (2000), para quem o corpo do bebê foi apropriado pelas diversas especialidades da Medicina e pelo hospital, e a utilização da tecnologia passou a ser um fim-em-si- mesma.

No que se refere à utilização de tecnologias para a produção do cuidado em saúde, há que se considerar o conceito de tecnologia conforme proposto por Merhy (1997). Para esse autor as tecnologias *duras* são aquelas onde há trabalho morto já realizado e incorporado, como nos equipamentos, protocolos e rotinas; as tecnologias *leve-duras* são aquelas onde há possibilidade de novas incorporações de saberes, guardando, portanto, um núcleo mais duro e outro com potência de ser ressignificado, sendo exemplo os saberes da clínica médica, a clínica psicanalítica e a Epidemiologia. E as tecnologias *leves* seriam aquelas intensamente presentes nas relações que se estabelecem no contato do trabalhador com o usuário ou com os demais trabalhadores, e que se traduzem na escuta, no vínculo, nas possibilidades de intervenção que se fazem presentes na relação entre as pessoas.

Para uma assistência que visa contemplar as necessidades mais amplas dos usuários - no caso o recém-nascido e sua família - faz-se necessária uma combinação entre as diversas tecnologias. Entretanto os estudos realizados por Lamy (2000); Dittz, (2006); Braga (2006) e Duarte (2007) evidenciaram que, na produção do cuidado ao recém nascido internado na UTIN, existe o predomínio das tecnologias duras e leve-duras em detrimento das tecnologias leves.

Segundo Campos (1997), uma forma de se garantirem resultados mais eficientes no processo de cura ou de controle das morbi-mortalidade é a utilização de práticas de saúde que contemplem as singularidades do indivíduo, da família e da comunidade na condução terapêutica, por meio do compartilhamento de saberes entre trabalhadores e usuários.

Pensar o cuidado ao recém-nascido a partir dessa dimensão aponta para a noção de integralidade como um princípio norteador das práticas e políticas de saúde. A integralidade revela sentidos que não conseguem ser resumidos em um conceito sendo *“um conjunto de novos vocábulos que enunciam diferentes aspectos de aspirações e valores”* (MATTOS, 2007, p. 141). Todavia, independente do sentido que lhe é atribuído, a *“integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”* (MATTOS, 2001, p. 61)

A busca pela integralidade da assistência pode ser reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e tem, em suas concepções, a idéia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (PINHEIRO, 2001). Assim, oferecer uma assistência na UTIN que contemple os sentidos e significados da integralidade implica no encontro entre os profissionais de saúde, o recém-nascido e a mãe, reconhecendo-os em sua alteridade.

A alteridade pode ser entendida como a *“natureza ou condição do que é outro, do que é distinto; situação, estado ou qualidade que se constitui através de relações de contraste, distinção e diferença”* (HOUAISS, 2001).

À medida que se constrói a alteridade vai sendo então demarcada a diferenciação do outro. Arruda (2002, p.17) considera que *“a diferença aparece como o contorno mais saliente e intrigante da alteridade. Sinuoso, ele tanto pode afastar como aproximar”*. Esse processo de diferenciação, para Jodelet (2002), é o que faz com que o indivíduo seja ele-mesmo e

distinto de todos os outros sendo, ao mesmo tempo, um processo de construção e de exclusão social.

No entendimento de Jovchelovitch (2002, p.81) a presença de um outro nos remete a diferenças e distinções impossíveis de ser evitadas e o reconhecimento da alteridade do outro *“tem conseqüências não apenas para o que fazemos, mas para o modo como fazemos o que fazemos”*.

Nesse sentido, estar aberto à alteridade materna no cuidado ao recém-nascido internado na UTIN implica no encontro com um outro, possuidor de desejos, expectativas e história de vida próprios, e em questionar nossas crenças impulsionando-nos a explorar outras formas de viver e ver o mundo.

Essa abertura implica em correr riscos e sair de uma posição de conforto e segurança. Diante da recusa a esse movimento, muitos profissionais se fecham e passam a intermediar o seu encontro com o usuário por técnicas, tecnologias e normas, formando uma defesa contra a alteridade na tentativa de manter a ordem. Esse fechamento reduz as possibilidades de mudança, de criar outros modos de existência levando a *“[...] uma diminuição da capacidade de atualização e diferenciação, da produção de novas normas de vida, da própria saúde”* (GOMES *et al.*, 2007, p.26).

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

4 O CAMPO DA PESQUISA: ASPECTOS HISTÓRICOS DA PARTICIPAÇÃO DA MÃE NO CUIDADO

Partindo do entendimento de que o fenômeno em estudo faz parte da construção histórica da Instituição na qual se localiza o cenário desta pesquisa e de que a forma que ele se apresenta é resultado das acumulações e das transformações pelas quais a Instituição passa desde sua criação, buscou-se, aqui, resgatar alguns elementos necessários à compreensão da participação materna no cuidado do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva.

A Fundação de Assistência Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman (FAIS/HSF) é uma instituição filantrópica, localizada no Distrito Sanitário Norte, na periferia de Belo Horizonte e serve a uma população de aproximadamente 500 mil habitantes (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2000). É uma instituição especializada na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, atendendo exclusivamente a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua história começa em 1974, quando representantes da Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP) resolveram construir um hospital, preocupados com as dificuldades encontradas para internação de pessoas sem cobertura previdenciária, os chamados indigentes. Àquela época, um neto de Sofia Feldman doou um terreno no Bairro Tupi para a construção de uma obra beneficente e pediu que a mesma levasse o nome de sua avó, uma mulher de origem palestina que veio para o Brasil em função de um casamento arranjado. Em Belo Horizonte, mais especificamente na Rua Paracatu, no bairro Barro Preto, Sofia Feldman constitui sua família e, para seu sustento, fez de sua casa uma pensão, além de costurar casacos de pele e servir marmitas (HOSPITAL SOFIA FELDMAN-HSF, 2006).

A partir da doação do terreno, a comunidade local, com o apoio de diferentes parceiros, mobilizou-se e iniciou as obras de construção do Hospital em sistema de mutirão.

A primeira Unidade do Hospital, o Ambulatório, foi inaugurada em 1977 e atendia à mulher e à criança, realizando ações primárias de saúde como vacinação, planejamento familiar e consultas. Em 1982, começaram a funcionar as Unidades de internação da Maternidade e Pediatria, com seis leitos cada uma.

Os profissionais que se aliaram ao projeto da comunidade estavam imbuídos pelos ideais consubstanciados na Declaração de Alma-Ata¹ que reafirmava o significado da saúde como um direito do ser humano e tinha como meta a “*Saúde para todos no ano 2000*”. O apelo lançado em Alma-Ata marcou as iniciativas que foram desenvolvidas desde essa época na Instituição e que também estavam em consonância com os interesses da comunidade local. Assim, na Instituição, foram adotadas práticas que permanecem até hoje, como a presença do acompanhante na Maternidade como participante do processo de nascimento; o alojamento conjunto para a mãe e o recém-nascido na Maternidade e na Pediatria e o estímulo ao aleitamento materno, com restrição ao uso de mamadeira. Posteriormente, essas práticas foram respaldadas por leis e políticas de saúde como o Estatuto da Criança e do Adolescente (E.C.A.) (Brasil; 1990); a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO; UNITED NATIONS CHILDRENS FUND-UNICEF; 1990), a Política Humanização do Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000) e a Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005).

Até 1986, o Hospital foi mantido com trabalho voluntário e doações dos pequenos comerciantes do bairro Tupi. Nesse ano, por meio de um movimento comunitário, o Hospital foi incluído nas Ações Integrais de Saúde - AIS² e, a partir de então, passou

¹ A Declaração de Alma-Ata foi elaborada em setembro de 1978, resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde organizada pela OMS e pelo UNICEF em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. A Declaração de Alma-Ata reafirma que a saúde é um direito humano fundamental e que alcançar o mais alto nível possível de saúde é a principal meta social mundial e requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Ressalta, ainda, a necessidade de cooperação entre os governos para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos (BRASIL, 2002).

²As Ações Integradas de Saúde (AIS) surgem como uma das medidas adotadas pelo Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) no Plano de Reorientação de Assistência Médica da Previdência. A introdução das AIS entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, promoveu a transferência financeira do governo federal para os demais entes federados, seguindo os princípios de universalização, equidade, descentralização, regionalização e reforço do Poder Público e inserindo os governos estaduais e municipais na cobertura assistencial (BRASIL, 2006).

a contar com uma receita regular que permitiu a ampliação progressiva da área física e o aumento dos serviços oferecidos.

Em 1988, a instituição se desvinculou da SSVP e foi transformada em Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS). O Hospital que, até então, era administrado por seu idealizador e pelo diretor clínico, passa a ser administrado por uma Comissão Técnica Administrativa (CTA). A CTA era composta por um coordenador e por funcionários representativos dos diversos setores do Hospital. (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE-FAIS, 1988).

Em meados da década de 90, após a participação de integrantes da CTA no Curso de Gestão Hospitalar da ENSP/ FIOCRUZ, realizado na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP- MG), a CTA foi ampliada com a incorporação de novos atores, inclusive de representantes da comunidade. Desde então, foram realizados, a cada dois ou três anos, planejamentos, inicialmente, estratégicos situacionais e, hoje, seminários/planejamentos, para avaliar e orientar os rumos institucionais.

No Planejamento Estratégico ocorrido em 1998, fizeram-se o diagnóstico institucional com descrição do perfil assistencial e dos tipos de serviços oferecidos; a caracterização do município e do distrito sanitário onde se encontra o Hospital; a apresentação da área física, dos recursos humanos, do financiamento da Instituição, da importância da participação social e da comunidade no Hospital. Na ocasião, foi definida como missão do Hospital

desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar, com qualidade, resolutividade, acolhedoras e vinculantes, de forma universal, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo (HSF, 1998, p.28).

No Planejamento realizado em meados de 2003, no auge das discussões sobre gestão em saúde, humanização da assistência e integralidade do cuidado, foi formalizado o modelo de gestão em Linhas de Cuidado³. Nesse novo modelo, a integralidade do cuidado é obtida quando o foco da atenção é o usuário. Nessa

³ Trata-se de uma forma de organização dos Serviços de Saúde que pode ser pensada a partir de patologias, ciclos de vida, gênero ou problemas de saúde como saúde mental e saúde bucal. No caso do HSF, a linha de cuidado (Perinatal) foi organizada para atender a mulher no ciclo gravídico puerperal e o recém-nascido (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003; MERHY, 2003; MADEIRA; DUARTE, 2006; MAGALHÃES JR; OLIVEIRA, R.C., 2006).

concepção, o “Sistema de Saúde” funciona na forma de uma rede de serviços que é acionada conforme as necessidades de cada indivíduo. A “Linha de cuidado” atravessa inúmeros serviços de saúde e o hospital é tido como uma “estação” desse circuito, sendo um componente fundamental para a integralidade do cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Nessa nova estrutura de gestão, foram criadas seis Linhas: Cuidado Perinatal, Políticas Institucionais, Ensino e Pesquisa, Apoio ao Trabalhador, Apoio Administrativo e Apoio Técnico (HSF, 2003). A Linha de Cuidado Perinatal foi criada visando a manutenção do cuidado integral à mulher e ao recém-nascido obedecendo à mesma racionalidade da SMSA/BH que, dentre outras, já havia criado a Linha de Cuidado Materno-Infantil (BELO HORIZONTE, 2003). Essa Linha é considerada a Linha mestra e possui pontos de intersecção com todas as demais.

As Linhas são coordenadas por um Colegiado formado por profissionais que atuam nas Unidades de produção de cuidado e por representantes do controle social (MADEIRA; DUARTE, 2006).

A partir de 2000, com o estabelecimento do fluxo de atendimento para a gestante e o recém-nascido pela Comissão Perinatal⁴, a Maternidade do HSF tornou-se referência obstétrica para os Distritos Sanitários Norte e Nordeste. Para a assistência neonatal, o Hospital é referência para Belo Horizonte, Região Metropolitana e para outros municípios do interior do Estado, recebendo a clientela por meio da Central Reguladora da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH). Oferece, ainda, serviços de apoio diagnóstico como mamografia, ultrassom, radiologia, patologia e cirurgia ambulatorial.

⁴ A Comissão Perinatal de Belo Horizonte foi estruturada em 1993 com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, perinatal e infantil por causas evitáveis. A Comissão tem como atribuição formular a política municipal da assistência perinatal no município sendo de sua competência: adequar a oferta dos Serviços à necessidade da população; avaliar a assistência realizada; elaborar propostas e orientar as ações de organização de assistência qualificada à gestante, ao recém-nascido, à puérpera e à criança menor de ano; monitorar a assistência prestada, divulgar aos órgãos competentes e à sociedade em geral os resultados do trabalho realizado e fazer as recomendações para a execução das intervenções consideradas necessárias (LANSKY, 2002).

Em 2000, foi fechada a Unidade Pediátrica e inaugurada, por meio de um convênio com o Hospital Municipal Odilon Behrens, uma Unidade Neonatal destinada aos cuidados intermediários (UCIN), com 10 leitos. Em 2001, foram acrescentados 12 leitos de UTIN.

Atualmente, o Hospital conta com 147 leitos, 75 obstétricos e 72 de neonatais, sendo os neonatais divididos em terapia intensiva (41 leitos), cuidados intermediários (25 leitos) e cuidado mãe canguru (seis leitos). Em 2008, foram atendidos, na UTIN, 975 recém-nascidos sendo que média de permanência foi de 12 dias na UTIN e de 10 dias na Unidade de Cuidados Intermediários (HSF, 2008).

Além dos leitos hospitalares, criou-se, em 2002, o Alojamento Materno com o intuito de oferecer, às mães de recém-nascidos internados na UTIN, condições de permanência na Instituição, em período integral, buscando favorecer e fortalecer o vínculo mãe-filho, incentivar e manter o aleitamento materno e capacitar a mãe como cuidadora. Em 2006, foi adquirida uma casa nas proximidades do Hospital, denominada Casa de Sofias, possibilitando oferecer, às mães, melhores condições de permanência junto ao filho. Esse novo espaço tem capacidade para acolher 23 mães e é equipado com lavanderia, cozinha, sala de televisão, área externa. Foi também montado, na área destinada à garagem da casa, um salão de beleza para as usuárias e os funcionários da Instituição.

A criação e a manutenção da Casa de Sofias correspondem, não apenas à missão do Hospital de oferecer aos usuários uma assistência que garanta a integralidade e a humanização da assistência, mas também à decisão política de garantir o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente que determina no artigo 12 que *“os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”* (BRASIL, 2003, p.12).

Em 2004, iniciou-se o Programa de Internação Domiciliar Neonatal (PID-Neo), como estratégia de desospitalização da criança, possibilitando a continuidade do cuidado no domicílio. Desde sua criação até dezembro de 2008, o PID-Neo atendeu a 1.265

crianças, com uma taxa de reinternação de 3,1% e 1% de mortalidade (HSF, 2008). Em 2007, foi inaugurada a Casa de Sofias Programa de Internação Domiciliar Obstétrica. A Casa tem capacidade para acolher 12 mulheres que residem longe de uma Unidade de Saúde ou no interior do estado e que necessitam de acompanhamento da equipe multiprofissional devido a complicações na gestação.

O aumento do número de leitos tem resultado em importante participação da Instituição no cenário da assistência ao recém-nascido de risco na cidade de Belo Horizonte. Em 2008, a Maternidade assistiu em média 814 partos/mês, sendo que, desses, 10,3% dos recém-nascidos eram de baixo peso (HSF, 2008).

A Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman/HSF (ACAU/HSF) foi criada em julho de 1994, instituída por lideranças comunitárias. Desde então, atua como co-gestora na administração do Hospital e desenvolve projetos como Amiga da Família, Doula Comunitária, Ouvidoria e Apoiador Social. Esses projetos têm contribuído para a humanização da assistência e fortalecido o exercício do controle social (MADEIRA; DUARTE, 2006).

Em 2006, foi criado o Conselho Local de Saúde que tem a finalidade de fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Hospital, de acordo com a Lei Federal 8.142 de 23 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990).

No desenvolvimento do trabalho no HSF, tem-se o incentivo à atuação em equipe multiprofissional contando-se com as seguintes categorias: enfermagem (neonatal e obstétrica) medicina (obstetrícia, neonatologia, pediatria e anestesiologia), psicologia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, cirurgia pediátrica, oftalmologia, neurologia e educação física além de profissionais de nível médio. Por sua peculiaridade assistencial, com incentivo ao trabalho em equipe multiprofissional, o Hospital é local de formação para diversas profissões da saúde, especialmente, de enfermagem e obteve o reconhecimento do Ministério da Saúde tornando-se centro de referência para a Política Nacional de Humanização e parceiro para a capacitação de doulas no Brasil (MADEIRA; DUARTE, 2006).

A busca constante pela integralidade da assistência à mulher e ao recém-nascido tem levado o Hospital a investir em práticas assistenciais inovadoras que refletem na qualidade do atendimento prestado à população. Esse investimento possibilitou, à Instituição, conquistar reconhecimento nacional e multiplicar iniciativas como a Doula Comunitária em parceria com o Ministério da Saúde e a Capacitação de Conselheiros de Saúde em parceria com a Comissão Perinatal da SMSA/BH e o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS/BH) (MADEIRA *et al.*, 2007). O HSF recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, em 1995, pelo apoio e pelo incentivo ao Aleitamento Materno e, em 1999, o prêmio “Galba de Araújo”, do Ministério da Saúde, pela humanização do parto e do nascimento.

Toda essa trajetória evidencia o investimento institucional na construção de um modelo de gestão e de assistência favorecedor da integralidade do cuidado oferecido à mulher e ao recém-nascido. Isso, sem dúvida, permitiu que se construísse, no Hospital, uma possibilidade para a participação da mãe no cuidado ao recém-nascido, fundamentada no preceito de que o cuidado à criança é indissociável da presença da mãe e/ou da família.

5 OS CAMINHOS DA PESQUISA

5.1 A escolha do método

A metodologia constitui o caminho e o instrumental utilizados pelo pesquisador para abordar determinada realidade e quando ela *“está aquém da descoberta, as ciências humanas ficam atrasadas em relação ao futuro e mesmo em relação ao presente, por trabalharem unicamente com o já feito”* (SANTOS, 2007).

Buscou-se, neste estudo, construir uma metodologia que possibilitasse uma aproximação do objeto considerando sua subjetividade, sua complexidade e seu dinamismo.

A opção pelo método qualitativo deve-se à sua aplicação *“[...] ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”* (MINAYO, 2007, p.57). Assim, o olhar aprofundado do pesquisador sobre determinada realidade possibilita capturar os significados que as pessoas dão às coisas e a sua vida.

A metodologia qualitativa possibilita ao pesquisador participar do processo social, observar e interagir com as pessoas em seu próprio território, em um movimento dinâmico de produção do conhecimento. Nesse sentido, *“o objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações”* (CHIZZOTTI, 1991, p.79).

No entendimento de Santos (2007), os fatos estão aí, mas somente se tornam históricos mediante a identificação das relações que os definem, ou seja, a historicidade dos fatos é o que permite reconhecer as categorias da realidade e de análise.

Nessa perspectiva, optou-se pela dialética para a abordagem da realidade, considerando que faz parte de um todo estruturado e articulado. Desse modo, ao

analisar uma realidade específica de atenção à saúde onde profissionais, mães e recém-nascidos coexistem em um determinado tempo e espaço, buscou-se a explicitação das conexões entre o todo e suas partes formando correlações concretas de conjuntos e unidades conforme descrito por Minayo (2007). Esse movimento dialético possibilitou apreender as contradições existentes na realidade estudada, considerando seu dinamismo, sua provisoriedade e sua transformação.

5.2 Participantes da pesquisa

Fizeram parte da pesquisa 11 mães que participam do cuidado a seus filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Sofia Feldman e 11 profissionais de saúde que prestam cuidado a esses recém-nascidos.

Adotaram-se, como critérios de inclusão das mães, os fatos de estarem elas junto dos filhos, em período integral ou parcial, e de os filhos encontrarem-se internados por um período igual ou superior a seis dias. Como critérios de inclusão dos profissionais adotaram-se os fatos de participarem das situações observadas, serem mencionados pelas mães nas entrevistas e estarem relacionado com a tomada de decisões favorecedoras da participação da mãe no cuidado do filho internado na UTIN.

A descrição dos participantes da pesquisa encontra-se no APÊNDICE C

5.3 O cenário da coleta de dados

O cenário da coleta de dados foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal 2 do Hospital Sofia Feldman. A escolha dessa Unidade para a realização da observação participante deve-se à localização do posto de enfermagem em um plano mais elevado, o que permite a visualização de todo o ambiente.

A UTIN 2 possui 12 leitos que são ocupados conforme a demanda de internação de recém-nascidos, independentemente de seu diagnóstico ou prognóstico.

Essa Unidade tem a forma de “L” e o posto de enfermagem fica localizado no vértice do “L”, à direita de quem entra. Na entrada, há duas pias para a lavagem das mãos, utilizadas tanto pelos pais e visitantes quanto pelos profissionais de saúde. Na parte superior das paredes, há janelas do tipo basculante, o que permite a entrada de luz solar.

Nessa Unidade, conta-se com a presença constante de quatro a cinco técnicos de enfermagem, um enfermeiro; um fisioterapeuta, um médico, sendo que um profissional terapeuta ocupacional permanece na Unidade em alguns períodos do dia. Além desses profissionais, também realizam atendimentos na Unidade, quando solicitados, profissionais da neurologia, oftalmologia, cirurgia, psicologia, serviço social e radiologia.

O horário de visitas aos recém-nascidos internados na Unidade é de 14:30 às 15:00h, sendo permitida a entrada de dois visitantes, acompanhados pelos pais da criança.

A passagem de informações aos pais é realizada pelo coordenador médico da neonatologia, de segunda a sexta-feira, sem horário definido. Caso haja alguma alteração no quadro clínico do recém-nascido no decorrer do dia, o pediatra de plantão fornece as informações aos pais.

5.4 Aspectos éticos

A pesquisa teve início após aprovação pela Câmara do Departamento de Pediatria, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) - parecer nº ETIC 679/07 (ANEXO A), e pelo Hospital Sofia Feldman (ANEXO B).

Foram atendidas as determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, para pesquisas realizadas com seres humanos. (BRASIL, 1996) Foram dadas,

aos profissionais e mães participantes, as informações sobre o estudo, a garantia de preservação do anonimato, a ausência de ônus para sua participação, a garantia de que não haveria nenhum comprometimento para a assistência oferecida ao recém-nascido ou para o trabalho na Instituição, a solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com autorização para utilização do gravador (APÊNDICE A).

5.5 Trabalho de campo:

O trabalho de campo foi o momento em que pude dar vida às reflexões e questionamentos realizados até então sobre o objeto de estudo. Ao estabelecer e testemunhar relações concretas e cotidianas com os participantes e com o cenário investigado, foi possível refletir e analisar acerca da temática em estudo.

Os dados deste estudo foram coletados por meio da observação participante e da entrevista em profundidade onde a fala e a comunicação não verbal foram os recursos usados para conduzir à compreensão dos significados implícitos no universo dos participantes.

Minha inserção em campo teve início com a realização de um teste-piloto, no período de 04 a 09 de junho de 2008, para validar e adequar os instrumentos de coleta de dados conforme orientam Minayo *et al.* (2005). O teste-piloto foi realizado na UTIN 1, quando fui acompanhada por uma pesquisadora experiente na utilização dos instrumentos de investigação escolhidos, com vistas a estabelecer outro olhar sobre o delineamento metodológico proposto para o estudo a fim de evitar o risco de erros como ausência ou presença de determinados temas e clareza das questões norteadoras.

O teste-piloto da observação participante indicou a adequação das questões orientadoras da observação e a necessidade de a pesquisadora realizá-la durante longos períodos para acompanhar a dinâmica da Unidade e o encadeamento dos acontecimentos.

A realização do teste-piloto da entrevista possibilitou a adequação da pergunta norteadora de forma a contemplar os objetivos da pesquisa. Foi realizada também uma análise crítica da transcrição sequencial da entrevista, com o auxílio de outra pesquisadora, a fim de se verificar se as questões centrais eram consideradas na entrevista, se as perguntas da pesquisadora não estavam induzindo as respostas do entrevistado e se alguns elementos implícitos nos relatos dos entrevistados eram captados pela pesquisadora. A análise crítica da entrevista possibilitou-me rever alguns aspectos referentes à condução da entrevista como a importância de fazer perguntas claras e objetivas e garantir espaço para o entrevistado se expressar.

Os dados coletados no teste-piloto não foram incluídos na análise deste estudo. Após o teste-piloto, os instrumentos foram readequados para a coleta de dados que foi realizada no período de 18 de agosto a 30 de outubro de 2008.

5.5.1 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

5.5.1.1 Observação participante

A observação foi o núcleo de todo o procedimento de coleta de dados desta pesquisa, implicando em a pesquisadora observar, pessoalmente, as situações e comportamentos que lhe interessavam sem limitar-se ao entendimento dos que viviam essas situações como informa Poupart *et al.* (2008).

A utilização desse instrumento de investigação possibilitou-me conhecer a realidade dos sujeitos estudados a partir de suas perspectivas, vivendo com eles as situações no momento em que aconteciam.

A opção por realizar o presente estudo tendo como campo de pesquisa meu local de trabalho exigiu que eu refletisse sobre as discussões amplamente documentadas na literatura científica acerca da neutralidade do pesquisador. Entendo que um dos aspectos marcantes da metodologia qualitativa é a subjetividade, assim,

compartilho das considerações feitas por Poupart *et al.* (2008) de que a neutralidade do pesquisador não pode ser entendida como o caminho de acesso ao conhecimento. Diante disso, a relação entre ética e pesquisa foi tomada como constitutivo de todo o processo deste estudo, assumindo o que Schmidt e Toniette (2008) denominaram de *pesquisa ética*, na qual o pesquisador, de forma autônoma, é chamado a agir e refletir de forma ética.

Ao refletir sobre a relação entre pesquisador e participantes da pesquisa utilizei-me de Hoonard (2008), que analisa três estudos de caso representativos do tema sendo que um dos aspectos evidenciados foi que o estabelecimento de relacionamentos autênticos entre pesquisadores e participantes da pesquisa permitiu aos pesquisadores libertar-se de preconceitos e perspectivas estereotipados para refletir sobre a situação estudada com mais precisão. Outro aspecto identificado foi o movimento dos pesquisadores de “*estourar a bolha*” para sair de seu universo social e cultural imediato e aprender sobre o mundo dos participantes da pesquisa. Nos três casos analisados, o autor considera que a relação entre pesquisador e participantes possibilitou uma coleta de dados mais autêntica e exata sendo que “*os dados nunca substituíram as relações; elas se mantiveram no cerne desses casos exemplares de pesquisa*” (HOONAARD, 2008; p.100).

Por este estudo utilizar-se de uma abordagem de pesquisa que implica na interação da pesquisadora com a realidade estudada, reporto-me a VÍCTORA *et al.* (2000), que entendem ser raro nenhum grau de participação, uma vez que o pesquisador é parte do evento observado.

Dessa forma, ao longo da coleta de dados, não me ative à condição de informante ou relatora dos eventos observados, mas estive em constante interação com os atores envolvidos, buscando alcançar a essência dos eventos observados. Para isso, referenciei-me nas orientações de Spradley (1980) para quem, o pesquisador, ao realizar a observação participante, envolve-se nas atividades da situação estudada e observa as atividades, as pessoas e os aspectos físicos dessa situação. O grau de minha participação nos eventos observados era variável, uma vez que alguns

possibilitavam maior participação e, em outros, ela era reduzida, como descrevem Nogueira-Martins e Bógus (2004).

Cabe ressaltar que o fato das observações terem ocorrido em meu local de trabalho, por um lado, reduziu os riscos dos participantes alterarem seu comportamento devido a minha presença ou ficarem inibidos, e, por outro, exigiu que eu superasse minha familiaridade com as situações e os atores envolvidos e adotasse um olhar de estrangeiro diante dos eventos observados, permitindo “estranhar” a realidade investigada.

Foram incluídos, nas observações, mães de recém-nascidos internados na UTIN 2 e profissionais que atuam nessa Unidade. A inclusão da mãe na observação teve como critério sua presença junto ao filho internado na UTIN por um período mínimo de seis dias. Esse período foi estabelecido reconhecendo-se a necessidade de um período de adaptação da mãe ao cotidiano da UTIN e teve como referência a média de permanência do recém-nascido na UTIN do HSF que é de 12 dias (HSF, 2008).

As observações foram realizadas em diferentes horários do dia e da noite e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. À medida que eram realizadas as observações, passei a conhecer a dinâmica da Unidade, o que me possibilitou eleger alguns períodos do dia para realizar as observações, de forma a contemplar os eventos nos quais as mães estariam presentes na Unidade como o horário das dietas dos recém-nascidos, a passagem de notícias e o horário de visitas.

A escolha dos eventos a serem observados estava condicionada à presença da mãe junto ao recém-nascido e a duração da observação foi determinada pelo início e término do evento escolhido. Foram realizadas 25 observações, com duração que variou de 10 minutos a 3 horas e 30 minutos, no período de 18 a 28 de agosto de 2008.

Antes de iniciar as observações, utilizei, como fonte de pesquisa os prontuários dos recém-nascidos o que me possibilitou o acesso a informações sobre a história

materna e a evolução clínica dos bebês, e também identificar as mães que preenchem os critérios de inclusão nas observações, considerando a data de internação do recém-nascido na UTIN 2.

Durante as observações, foram internados 21 recém-nascidos. Das 21 mães, 11 foram incluídas nas observações. As demais não foram incluídas devido aos seguintes motivos: óbito dos recém-nascidos um dia após a internação (dois casos); alta antes de o recém-nascido completar seis dias de internação (cinco casos); não comparecimento da mãe à Unidade e opção por não permanecer na Casa de Sofias (dois casos); internação da mãe em outra Instituição devido a complicações no parto (um caso).

Para orientar as observações foram elaborados alguns tópicos norteadores para auxiliar na identificação dos atores, das práticas, das relações e o contexto em que ocorriam (APÊNDICE B).

Após as observações, foram realizados o registro descritivo dos dados e sua análise, buscando-se refletir e interpretar o que era visto e ouvido durante a inserção no cenário de pesquisa. Esse procedimento possibilitou-me retornar ao cenário para aprofundar algumas questões e apontou a necessidade de entrevistar profissionais identificados como *informantes-chave* para elucidar e buscar mais informações a respeito dos eventos observados. A realização da análise dos dados concomitante a sua coleta está aportada em Triviños (1987) que considera a dinamicidade do processo de coleta e análise dos dados no qual as informações colhidas podem gerar a necessidade de novas buscas de dados após serem interpretadas.

O registro dos dados foi realizado no diário de campo, imediatamente após as observações ou durante o desenrolar das mesmas, especialmente naquelas de maior duração e com riqueza de detalhes e diálogos. Ao realizar os registros das observações, busquei descrever detalhadamente os eventos, o contexto no qual aconteciam, as pessoas envolvidas, suas falas e seu comportamento. No diário de campo também foram documentadas minhas impressões, sentimentos e reações frente aos eventos observados.

Levando-se em conta que os eventos não se dão isoladamente mas em conjuntos constituídos de partes e elementos interdependentes (SANTOS 2007), as observações foram interrompidas ao se verificar a repetição dos eventos observados e sua convergência com os relatos obtidos nas entrevistas com as mães e os *informantes-chave*.

5.5.1.2 Entrevista

A utilização desse instrumento de investigação em combinação com a observação participante possibilitou-me aprofundar a compreensão acerca das relações entre os atores sociais e a realidade vivida por eles.

Neste estudo, as entrevistas foram realizadas com as mães dos recém-nascidos internados na UTIN 2 incluídas na observação. A análise do material coletado nas observações e nas entrevistas com as mães possibilitou-me identificar a insuficiência de alguns dados, indicando a necessidade de buscar informantes-chave. Dessa forma, construí uma rede de informações composta pelas observações, pelas entrevistas com as mães e pelos informantes-chave, que me possibilitaram identificar outros informantes que pudessem elucidar e enriquecer os dados coletados.

Esse procedimento teve suporte em Ramos *et al.* (2008), que sugerem que na coleta de dados sejam privilegiados sujeitos que detêm as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer, possibilitando ao pesquisador o aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto estudado.

Assumi a entrevista como uma conversa realizada por iniciativa da pesquisadora com a finalidade de obter informações relativas ao objeto de estudo, como descrito por Minayo (2007). Com a realização das entrevistas, busquei explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações dos entrevistados sobre o assunto segundo as orientações de Gaskell (2002).

Neste estudo, foi utilizada a entrevista em profundidade que busca extrair do entrevistado a descrição e os aspectos que ele considera ser mais relevante para o objeto de estudo (RICHARDSON, 1985). Nessa modalidade de entrevista, Minayo (2007) considera que o entrevistador está livre para fazer perguntas ou intervenções que possibilitem ampliar ou aprofundar o nível de informações referente ao objeto de estudo.

Sobre as entrevistas, Gaskell (2002) sugere a elaboração de um tópico-guia, contudo o mesmo deve ser usado com flexibilidade pelo pesquisador. Nesse sentido, a entrevista com as mães teve como pergunta disparadora *Como você cuida do seu filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?* E a entrevista com os profissionais de saúde teve duas questões disparadoras: *Como você percebe a mãe no cuidado do recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?* *Como a mãe contribui no cuidado do recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?*

Além do tópico-guia, foi elaborado, pela pesquisadora, um roteiro, de forma a orientar a coleta de algumas informações sobre as mães no prontuário do recém-nascido. O roteiro foi também utilizado durante a entrevista para aprofundar ou esclarecer algumas informações (APÊNDICE D). A realização das perguntas referentes à história dos participantes, no início da entrevista, favoreceu a aproximação entre a entrevistadora e os entrevistados e criou um clima descontraído de conversa. As informações coletadas nesse momento inicial da entrevista foram utilizadas para contextualizar os relatos dos informantes.

As entrevistas com as mães e os profissionais de saúde foram realizadas no período de 19 de agosto a 30 de outubro de 2008, sendo utilizados, para sua realização, ambientes que todos estavam habituados a frequentar para evitar constrangimentos e inibições. O local de cada entrevista foi escolhido pela pesquisadora e/ou pelo participante, sendo espaços utilizados o jardim do Hospital, a Casa de Sofias, o quarto de descanso dos profissionais, uma sala do Centro de Capacitação e a “sala de prescrição” usada pelos profissionais que atuam na UTIN

para fazer a evolução no prontuário e a passagem de plantão. A dinâmica e a duração das entrevistas foram determinadas pela relevância e ênfase que o entrevistado dava ao assunto.

Participaram das entrevistas 10 mães e 11 profissionais de saúde incluindo técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, pediatras, gestores e coordenadores.

Após as entrevistas, as mesmas foram transcritas e devolvidas aos participantes possibilitando um espaço para esclarecimentos ou revisão de posições com vistas a contribuir para o aumento da validade das informações coletadas, conforme orientação de Ramos *et al.* (2008). Para os autores, a validação dos resultados da entrevista é feita quando o próprio participante faz a leitura da entrevista concedida ao pesquisador e se reconhece nela.

O procedimento de validação demandou agilidade da pesquisadora, especialmente nas entrevistas com as mães, pois a evolução dos casos modificava-se rapidamente no que se referia ao agravamento do quadro clínico dos recém-nascidos, a ocorrência de óbito ou a alta da Unidade. Na devolução das entrevistas, a pesquisadora realizou a leitura, juntamente com o participante e explicitou a liberdade para alterar ou acrescentar o que desejasse ao conteúdo transcrito. Apenas um dos participantes realizou alterações, reescrevendo um trecho da entrevista, pois achou que não havia se expressado com clareza. Essa alteração foi incorporada aos dados.

5.6 Organização e análise dos dados

Neste estudo, assumi que a organização e a análise dos dados fazem parte de um mesmo processo que teve início com o trabalho de campo e se estendeu até a elaboração do relatório final.

Dessa forma, à medida que eram realizadas, com cada participante, as observações e as entrevistas eram registradas pela própria pesquisadora. O registro dos dados

referentes a cada participante foi realizado de forma articulada e integrada, constituindo um corpo único composto pelas informações coletadas no prontuário, os relatos das observações e a transcrição da entrevista. Essa organização possibilitou-me, durante a construção do texto, situar os relatos em seu contexto mais amplo, preservando a visão do todo.

Após o registro da observação e a transcrição das entrevistas, foi realizada a substituição dos nomes dos participantes do estudo para lhes garantir o anonimato. Às mães foram atribuídos nomes de pedras preciosas, aos profissionais nomes de cores, e, aos gestores e coordenadores nomes de flores.

Diante da possibilidade de identificação dos gestores participantes deste estudo pelas informações por eles fornecidas nas entrevistas, especialmente aquelas que diziam respeito à história institucional, os mesmos foram informados dessa possibilidade e lhes foi solicitada a assinatura do Termo de Cessão de Direitos (APÊNDICE E).

Os dados produzidos foram trabalhados sob a orientação da Análise do Discurso, aqui entendida como uma abordagem que permite *“compreender a língua fazendo sentido enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história”* (ORLANDI, 2007, p. 15). Dessa forma, ao realizar a análise há que se considerar a relação existente entre o discurso, os sujeitos envolvidos e as situações em que se produz o discurso.

Partindo do princípio de que, na análise do discurso, a linguagem não é transparente e homogênea (MELO, E.A.S., 2005; Minayo, 2007), mas impregnada de múltiplos sentidos, buscou-se, neste estudo, conhecer a realidade por meio da apreensão dos efeitos de sentidos existentes nos comportamentos e discursos das mães e dos profissionais de saúde.

Na exploração do material, realizei a leitura dos relatos eliminando os vícios de linguagem e os erros gramaticais, tomando o cuidado para não comprometer o discurso. Em seguida, realizei uma leitura exaustiva buscando impregnar-me pelos relatos dos participantes e deixando-me invadir por percepções e impressões.

Após essa fase, realizei recortes nos discursos obtidos por meio das entrevistas e atribuí unidades de sentido para cada recorte, como exemplificado no abaixo:

Recorte do discurso	Unidade de sentido
<i>“ele sente mais próximo da mãe, ele sente que tem alguém perto dele, quando eu estou conversando ele chega até a sorrir”</i>	O bebê reconhece e reage à presença da mãe
<i>“quando ela está com infecção eu não posso pegar, ela sente muita dor”</i>	Limites impostos pelas condições clínicas do recém-nascido

Para que os recortes fossem posteriormente localizados no discurso, à medida que eram extraídos, recebiam uma codificação com o nome de quem o emitiu, a identificação de mãe (M), profissional (P) e gestor (G) e a ordem de aparecimento no texto (Ex.: Girassol, G-75; Jade, M-39). Procedeu-se da mesma forma ao se utilizarem os relatos das observações participantes na construção do texto.

Esse procedimento sustentou-se em Orlandi (2007), que entende que

a melhor maneira de atender à questão da constituição do corpus é construir montagens discursivas que obedeçam critérios que decorrem de princípios teóricos da análise do discurso, face aos objetivos da análise e que permitam chegar à sua compreensão [...] não visa a demonstração mas mostrar como um discurso funciona produzindo (efeitos de) sentido. (ORLANDI, 2007, p. 63)

Os recortes foram agrupados de acordo com suas unidades de sentido, permitindo que emergissem as categorias e subcategorias empíricas, conforme apresentadas no quadro a seguir:

QUADRO 1

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
A MÃE NO CUIDADO DO FILHO INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	Construção da permanência materna na instituição Reconhecimento da importância da presença materna O que sentem e o que querem as mães O fazer e o lugar da mãe na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Limites para a participação materna no cuidado do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
CONSTRUÇÃO DO CUIDADO MATERNO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: POSSIBILIDADES E DESAFIOS	

Para construir a discussão dos resultados de cada categoria empírica, utilizei, como referência inicial, os recortes dos discursos e, na construção do texto, busquei situá-los em seu contexto mais amplo, articulando-os com os dados obtidos por meio da observação participante e das informações coletadas nos prontuários dos participantes, tornando possível entender o contexto de produção de sentidos e explicitar os outros sentidos presentes no discurso.

Esse procedimento foi orientado pela estratégia de *“triangulação dos dados”*, com base em Denzin e Lincoln (2006). Para os autores, o cruzamento dos dados obtidos por meio de múltiplas fontes permite ao pesquisador assegurar uma compreensão, em profundidade, do fenômeno e soma rigor metodológico à pesquisa. A utilização dessa estratégia permitiu-me conhecer a realidade sob diferentes aspectos, ampliar e aprofundar o conhecimento acerca do objeto de estudo.

Na elaboração do texto, os discursos utilizados na íntegra foram apresentados entre aspas e em itálico e os relatos das observações participante utilizados na íntegra estão apresentados em um parágrafo independente e recuado.

A construção dos relatos que compõem as categorias empíricas bem como sua interpretação exigiu que eu saísse do lugar de mera leitora e me colocasse em uma posição que me permitisse contemplar o processo de produção de sentidos. A esse respeito, Orlandi (2007, p. 60) considera que *“não há descrição sem interpretação,*

então o próprio analista está envolvido na interpretação”. Faz-se necessário que o analista se coloque em uma posição deslocada, sem distanciar-se da história analisada, permitindo-lhe trabalhar no entremeio da descrição e da interpretação.

É importante essa reflexão acerca do processo de análise porque, ao trabalhar com os discursos das mães e dos profissionais participantes, fui influenciada por minhas crenças, experiências e vivências mas, ao assumir uma posição deslocada - o lugar do analista - pude tornar visível os sentidos expressos pelos participantes em seu discurso.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise argumentativa, conforme construída neste estudo, assemelha-se à metáfora utilizada por Denzin e Lincoln (2006) da confecção de colchas, onde o pesquisador é um confeccionador que costura, edita, e reúne pedaços da realidade atribuindo-lhe uma unidade, dando vida a uma nova criação. Nessa perspectiva, as narrativas aqui apresentadas foram construídas utilizando-se os relatos das observações e das entrevistas, as interpretações da pesquisadora e o referencial teórico, permitindo vislumbrar as diferentes vozes e pontos de vista acerca do objeto de estudo.

6.1 A MÃE NO CUIDADO DO FILHO INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

6.1.1 A construção da permanência materna na Instituição

Do conjunto dos discursos dos profissionais participantes deste estudo, foi possível apreender que a presença da mãe junto ao filho faz parte da história da Instituição e consta de sua missão no que se refere à oferta de uma assistência integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido. A garantia de condições de permanência junto ao filho hospitalizado e o livre acesso à UTIN é entendida pelos profissionais e mães informantes como um facilitador para o cuidado materno.

O relato de Girassol (G-75) revela que, desde a criação da Instituição, foi garantida a presença de um acompanhante durante a internação da mulher na Maternidade. Com a criação da Unidade Pediátrica, reafirmou-se o direito de a mãe permanecer junto do filho hospitalizado, oferecendo-lhe as condições adequadas.

O reconhecimento da importância da mãe junto ao filho também orientou a criação de práticas cuidadoras na Instituição, como o projeto Mãe Substituta. O projeto foi criado pela ACAU/HSF, em setembro de 1994, frente a situações que impossibilitavam as mães de permanecer junto de suas crianças internadas na instituição. Contava com voluntárias da comunidade para auxiliar nos cuidados das

crianças internadas. Posteriormente, em 2000, com o fechamento da Unidade Pediátrica e a inauguração das Unidades Neonatais (UTIN e UCIN), um maior número de mães passou a permanecer na Instituição por períodos prolongados devido ao aleitamento materno e à necessidade de aprenderem os cuidados com o bebê. O projeto “Mãe Substituta” foi modificado de forma a adequar-se a essa nova realidade, sendo atribuição das voluntárias apoiar e auxiliar as mães no aleitamento materno e encorajá-las a assumir alguns cuidados com o bebê. Em decorrência dessas mudanças, o projeto foi então denominado de “Amiga da Família”. Atualmente, o projeto inclui 14 voluntárias da comunidade que já passaram pela experiência de ser mãe e são capacitadas pela equipe multiprofissional para oferecer apoio e informações às mães e aos familiares durante a internação do recém-nascido nas Unidades Neonatais (MADEIRA; DUARTE, 2006).

Acerca da historicidade da presença da mãe na Instituição, Crisântemo (G-166) relata que, desde a criação do Hospital, havia um entendimento da comunidade e dos profissionais que ali trabalhavam de que a presença da mãe era reconfortante para a criança e contribuía para a sua recuperação. Assim, nem mesmo a ausência de recursos financeiros alocados pelo poder público poderia ser impedimento para sua permanência.

Ao resgatar fatores que contribuíram para garantir a presença materna no HSF, Crisântemo (G-165) vale-se de sua vivência enquanto residente em uma instituição de saúde na qual não era permitida a permanência da mãe junto ao filho. Segundo Crisântemo, aquela Instituição de saúde tinha de 180 a 200 crianças internadas nas enfermarias sem a companhia de suas mães. Um dos piores momentos para Crisântemo era quando se encerrava o horário de visita e ele presenciava o sofrimento das mães ao deixar seus filhos nas enfermarias e o choro das crianças perambulando pelos corredores. Diferentemente dessa situação, Crisântemo observou que, quando as famílias assumiam as despesas de internação em um apartamento, além de não passarem pelo sofrimento da separação parecia que as crianças se recuperavam mais rapidamente. Crisântemo expressa que essa vivência

foi determinante para a decisão de “*criar uma enfermaria com a mãe já presente*” (E: 165) quando participou, desde o início, da estruturação do HSF.

Ao situar o relato de Crisântemo em um contexto histórico, pode-se inferir que o ideário acerca da importância da presença materna junto ao filho, na Instituição, teve aderência nas discussões que eram realizadas na época e que foram determinantes na estruturação de normas como a de implantação do Alojamento Conjunto. As discussões acerca da relevância do Alojamento Conjunto tiveram início nos anos 40 (UNGERER; MIRANDA, 1999), quando os estudos, especialmente os realizados por Bowlby (1960, 1995) e Spitz (1996) evidenciaram os prejuízos decorrentes da separação entre mãe e filho após o nascimento. No Brasil, apesar de já existirem instituições que adotavam essa prática (UNGERER; MIRANDA, 1999), apenas em 1993 foram aprovadas as normas básicas para a implantação do sistema de Alojamento Conjunto no território nacional por meio da Portaria MS/GM nº 1016, de 26 de agosto (BRASIL, 1993).

Nesse contexto, um aspecto a ser considerado nesta análise, são as discussões realizadas acerca da integralidade no campo da saúde e a sua utilização como um orientador na criação e organização do agir em saúde, permitindo o surgimento de novas tecnologias assistenciais. Tomando como referência a discussão estabelecida por Mattos (2001), a integralidade é aqui entendida como um conjunto de valores que assume diferentes sentidos de acordo com a sua utilização, seja como princípio orientador das práticas, da organização do trabalho ou da formulação das políticas. No que se refere à organização e estruturação do serviço de saúde orientado por esse princípio, o autor considera que é necessário interrogar-se sobre como oferecer respostas para as necessidades de saúde dos usuários, considerando-se suas diferentes dimensões.

Ao retomarmos os aspectos evidenciados pelos relatos dos profissionais informantes acerca da decisão institucional de garantir a presença da mãe junto ao filho, podemos considerá-la como a expressão de um dos sentidos da integralidade. A ausência de um respaldo legal, não se constituiu em um limitador para a construção de uma prática que atendesse à necessidade dos usuários do Serviço em

seu sentido mais amplo e posteriormente o advento da legislação veio legitimar, como um direito, uma prática já incorporada ao cotidiano da Instituição.

Foi essa história institucional da construção da permanência materna, inicialmente na Maternidade e, em seguida, no Alojamento Conjunto e na Unidade Pediátrica, que, para Cravo (G-81), possibilitou a aceitação da presença materna, sem maiores polêmicas, por gestores e profissionais da Instituição ao serem estruturadas as Unidades Neonatais. Cravo descreve que, nas Unidades de Cuidados Intermediários, a mãe participava amplamente do cuidado de seu filho; contudo, nas Unidades de Terapia Intensiva, foi necessário que a equipe avançasse no entendimento de quais seriam as possibilidades de participação da mãe e de que a sua presença não comprometeria a qualidade do cuidado oferecido.

O discurso de Cravo permite-nos refletir acerca das características da UTIN e da finalidade para a qual foi concebida. Diferentemente do que ocorre na UCIN, na UTIN a tecnologia dura se impõe, sendo necessária a utilização de uma multiplicidade de aparelhos e um saber altamente especializado para garantir a sobrevivência do recém-nascido. Esse emprego de variado aparato tecnológico e técnicas é o que, para Koerich *et al.* (2006), vai determinar a complexidade do cuidado, uma vez que é condicionada à utilização da tecnologia.

Retomando o relato de Cravo, pode-se observar que a complexidade do cuidado demandado pelo recém-nascido na UTIN do Hospital, cenário deste estudo, mostrou-se como um limitador, mas não foi um impedimento para que a mãe estivesse presente e, em alguma medida, participasse do cuidado do filho.

O relato de Gerânio (G-161) evidencia a existência de uma abertura à presença da mãe junto ao filho na Instituição e, na medida em que ela permanece, modificam-se os fazeres e os espaços dentro da Unidade criando-se novas possibilidades para o cuidado materno. De acordo com Gerânio, foram adquiridos dois tipos de cadeira para oferecer maior conforto às mães, sendo uma giratória e com regulagem de altura, para que as mães pudessem assentar com mais facilidade, especialmente no

período pós-operatório e, a outra, reclinável e com apoio para os pés, para a mãe realizar o cuidado mãe canguru ou carregar seu bebê no colo.

O fato de serem oferecidas condições de permanência para as mães é visto por Branco (P-93) e por Roxo (P-135) como um fator que facilita a presença da mãe junto do filho, especialmente para aquelas desprovidas de recursos financeiros ou que residem em outros municípios. Mas Roxo considera que as condições de permanência oferecidas para as mães não são suficientes para garantir a sua decisão de ficar junto do filho internado.

Essa percepção de Roxo vem ao encontro dos achados no estudo realizado por Dittz *et al.* (2008), ao analisarem o cotidiano das mães de recém-nascidos internados em uma UTIN. Para os autores, durante a internação do recém-nascido, a mãe sente-se dividida entre permanecer no Hospital e atender às demandas do companheiro, dos outros filhos, dos familiares e dela própria. Essa situação indica a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos às particularidades do momento vivido por cada uma delas e criarem espaços de escuta, buscando auxiliar a mãe no enfrentamento dessa nova realidade.

A importância de a assistência ao recém-nascido ser ampliada também para a mãe e a família é expressa por Ametista (M-35 e 38), ao considerar que o livre acesso a sua filha na UTIN favorece a sua participação no cuidado e que o apoio que ela recebe da equipe multiprofissional é fundamental para o seu fortalecimento e o enfrentamento da hospitalização da filha.

Acerca do acompanhamento à família durante a internação na UTIN, Pedroso e Bousso (2004) consideram importante que os profissionais de saúde identifiquem as necessidades e demandas da mãe para apoiá-la no enfrentamento da situação, entendendo que cuidar do recém-nascido implica também cuidar da mãe e da família.

Para Scochi *et al.* (1999), o reconhecimento de que a família do recém-nascido hospitalizado também necessita de cuidados faz parte de um processo em

construção que implica em criar alternativas que possibilitem atender tanto as necessidades biológicas quanto as psicossociais do prematuro.

No estudo sobre as repercussões da hospitalização do recém-nascido na família, Gomes (1999) constatou que, durante a hospitalização do recém-nascido na UTIN, a família conta com o apoio informal, de parentes e amigos e com o apoio formal, dos profissionais de saúde.

No que se refere ao apoio formal oferecido à família, Buarque *et al.* (2006) estudaram a utilização do grupo de apoio no acompanhamento aos pais de recém-nascidos internados na UTIN, considerando-o uma abordagem que proporciona o acesso à informação, apoio emocional e fortalecimento dos pais e familiares para o enfrentamento da situação de hospitalização do recém-nascido.

Sobre o acompanhamento à família dos recém-nascidos internados na UTIN da Instituição cenário deste estudo, pude observar, em minha prática profissional, que foram implementadas, pela equipe multiprofissional, práticas cuidadoras que visam auxiliar a mãe e os familiares no enfrentamento dessa nova realidade. Assim, no momento da internação do recém-nascido na UTIN, a mãe e os familiares presentes são acolhidos pelo profissional de psicologia que colhe informações acerca da história familiar, realiza uma escuta acerca dos medos e expectativas da família e oferece algumas orientações sobre o tratamento na UTIN. O atendimento individual, por esse profissional, ocorre em todos os momentos em que se faz necessário. São realizados pela equipe multiprofissional, especialmente enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia e serviço social, atendimentos em grupo que contam com uma participação significativa das mães. Dentre eles, destacam-se os grupos de reflexão, de trabalhos manuais e orientação para o aleitamento materno e saúde da mulher. Além dessas atividades, é ainda disponibilizado para as mães um salão de beleza e o acesso à biblioteca da Instituição para o empréstimo de livros e utilização da internet.

Como integrante da equipe que acompanha as mães de recém-nascidos internados na Instituição, percebo que esses grupos têm um papel fundamental na adaptação

e no fortalecimento da mãe e da família diante da hospitalização do recém-nascido. Nesses espaços, as mães expressam seus sentimentos, trocam suas experiências acerca do momento vivenciado e aprendem com as outras mães e com os profissionais.

Fica evidenciado pelos discursos dos profissionais participantes que a decisão de garantir condições de permanência e o livre acesso da mãe ao filho hospitalizado é uma decisão político-institucional presente desde o início da Instituição e respaldada por um aparato legal. A criação dessas leis foi um avanço no que se refere aos direitos da criança. Contudo evidencia-se uma contradição na medida em que é um direito sem respaldo em previsão orçamentária do Sistema de Saúde para sua garantia, especificamente no que se refere às internações na UTIN.

Dessa forma, mesmo convivendo com a insuficiência de recursos financeiros importantes para a sustentabilidade do acompanhante do recém-nascido na UTIN, o discurso dos participantes expressa que a manutenção dessa iniciativa na Instituição está ancorada nos valores⁵ institucionais que entendem que o direito à saúde deve ser garantido de forma plena não sendo passível de relativização mediante a falta de sustentabilidade financeira.

6.1.2 Reconhecimento da importância da presença materna

Esta subcategoria foi construída a partir dos discursos dos profissionais e das mães que expressaram as implicações da presença da mãe junto ao recém-nascido durante a internação na UTIN. Na perspectiva dos profissionais e das mães informantes, o vínculo existente entre mãe e filho favorece o desenvolvimento e a melhora clínica do recém-nascido, e reduz o estresse e a ansiedade materna.

Os relatos de Jade, (M-46), Âmbar (M-64), Rubi (M-15) e Roxo (P-125) expressam que a relação entre mãe e filho está estruturada pelo afeto. Os sentimentos da mãe em relação ao filho favorecem o estado emocional do bebê e provocam

⁵ Os valores institucionais são aqui entendidos como as características que legitimam o cuidado desejável, capaz de proporcionar o bem para o outro; aquele que é construído, experienciado e fortalecido no cotidiano e que move a conduta humana (DUARTE *et al.*; 2009a).

mudanças em seu comportamento. De acordo com o discurso das mães e da profissional, quando a mãe está próxima do filho, ela lhe transmite força, segurança e tranquilidade.

Buscando dar a dimensão da importância que atribuem à presença materna para a recuperação do bebê, em seus relatos, Laranja (P-97) e Gerânio (G-152) comparam-na a um remédio e consideram que ambos estão no mesmo patamar de importância.

Para Gerânio (G-153), mesmo não sendo “*comprovada em livros*” a presença da mãe transmite ao bebê uma força que é vital para sua recuperação e isso está relacionado à estreita ligação existente entre mãe e filho desde o período da gestação. Em sua percepção, os bebês que têm um contato mais prolongado com suas mães recuperam-se mais rapidamente e, conseqüentemente, permanecem menos tempo internados na UTIN.

Essa percepção acerca da recuperação do bebê é também compartilhada por Cinza (P-136) e Laranja (P-97), sendo que Laranja a relaciona a “*questões emocionais e até imunológicas*”, mas considera necessária a realização de mais estudos a esse respeito.

Os relatos de Gerânio, Cinza e Laranja têm suporte no estudo realizado por Martínéz *et al.* (2007) que mostra que os profissionais de saúde consideram que a participação da mãe no cuidado favorece, dentre outros aspectos, a estabilidade clínica, o crescimento e o desenvolvimento do prematuro e o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho.

Tomando a produção de conhecimento acerca das repercussões da relação entre mães e bebês nascidos prematuramente, os estudos de Treyvaud *et al.* (2009); Latva *et al.* (2004) Davis *et al.* (2003); Laucht *et al.* (2001); Poehlmann e Fiese (2001) e Kennell e Klaus (1992) indicam que o período de permanência da mãe junto do filho e as características da interação mãe e filho têm relação com o comportamento e o desenvolvimento posterior da criança.

A relação entre a variável presença da mãe junto do filho na UTIN e indicadores, como tempo de internação e ocorrências clínicas, também já foram fontes de investigação. Quanto à variável tempo de internação do recém-nascido na UTIN, o estudo realizado por Zeskind e Iacino (1984) evidenciou que o grupo de intervenção composto por mães orientadas a fazer visitas semanalmente a seus bebês na UTIN obteve, dentre os resultados, um tempo de internação significativamente menor em comparação com os bebês do grupo controle. Para os pesquisadores, a redução no tempo de internação dos bebês do grupo de intervenção pode associar-se, tanto a uma recuperação clínica mais rápida, quanto à segurança dos profissionais de saúde em relação ao suporte e atenção que o bebê receberá de sua mãe no domicílio, possibilitando-lhes dar alta hospitalar precocemente. Uma hipótese levantada pelos pesquisadores, nesse estudo, é a de que o aumento das visitas maternas afeta positivamente a recuperação do bebê prematuro, mas consideram necessária a realização de mais pesquisas uma vez que esse aspecto não foi por eles mensurado.

Lewis *et al.* (1991) demonstraram, em seu estudo, que a ocorrência de hemorragia intraventricular em recém-nascidos internados na UTIN esteve associada aos recém-nascidos que receberam menor número de visitas dos pais.

Um aspecto a ser considerado é que o nascimento prematuro, por si só, é um fator de risco biológico neonatal o que torna as crianças mais vulneráveis a apresentar problemas no curso do seu desenvolvimento. A esse respeito, Klein e Linhares (2006) consideram que a interação mãe-filho não deve ser considerada isoladamente, mas sim como uma variável moderadora que pode tanto atenuar quanto agravar os efeitos adversos dos fatores de risco no desenvolvimento das crianças. Dessa forma, maior sensibilidade e responsividade materna são preditores de melhores habilidades sociais e representação de apego seguro. Para as autoras, estudos sobre a interação mãe-criança devem ser considerados para orientar o acompanhamento das crianças em risco para problemas no desenvolvimento.

Ao retomar os discursos de Cinza (P-136), Laranja (P-97) e Gerânio (G-153), e os achados evidenciados pela literatura, verifica-se que sinalizam que a adoção de

práticas assistenciais que consideram a participação da mãe/família no cuidado favorece o desenvolvimento e a recuperação do recém-nascido internado.

Seguindo o curso dessa discussão, considero que a participação da mãe no cuidado não deve ser tomada apenas na perspectiva das repercussões na recuperação do filho, mas também como afirmação do direito e como possibilidade para construir uma assistência que atenda as necessidades do recém-nascido e da família, o que implica na adoção de metodologias avaliativas que possibilitem contemplar essas múltiplas dimensões.

Essa assertiva tem suporte em Ayres (2004) que considera que as práticas de avaliação devem transcender a somatória dos produtos do trabalho em saúde e incorporar as repercussões sobre a vida daqueles que se beneficiam das ações de saúde. No entendimento de Santos-Filho (2007), os dados produzidos nas práticas avaliativas não devem ser encarados como verdade absoluta, sendo que sua análise deve buscar coerência com os contextos locais e com as interpretações dos sujeitos envolvidos.

A respeito da avaliação nos serviços de saúde, Felisberto (2006), Santos Filho (2007) e Pinheiro e Silva JUNIOR (2008) defendem que essa metodologia deve ser institucionalizada de forma a articular um processo avaliativo que envolva gestores, academia e serviços de saúde - considerando aqui os usuários, para apoiar a tomada de decisões. Cabe ressaltar que os resultados das avaliações, além de oferecerem suporte nos processos decisórios para a alocação de recursos, devem ser ainda uma afirmação do direito à saúde por meio da democratização das informações de forma a auxiliar nas transformações das práticas dos gestores e trabalhadores com vistas a responder às demandas e necessidades de saúde dos usuários dos serviços (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

Depreende-se, do relato das mães e dos profissionais, que mãe e bebê relacionam-se e influenciam-se, o que é também evidenciado nos estudos realizados por Spitz (1996). Segundo o autor, essas reações manifestadas pelos bebês estão relacionadas à “[...] *própria presença da mãe, sua própria existência, suscita*

reações no bebê. E, igualmente, a existência e a presença do bebê evocam reações na mãe” (SPITZ, 1996, p. 93).

Duas situações observadas vêm ao encontro dessa assertiva a respeito da capacidade de o bebê reconhecer e reagir à presença materna. Na primeira situação, acompanho o diálogo estabelecido entre Diamante (M-57) e Âmbar, que estão com os filhos internados em leitos próximos. Âmbar relata para Diamante que seu bebê estava chorando muito mas, logo que ela chegou e se aproximou dele, ele se acalmou não sendo necessário oferecer-lhe a chupeta. Na segunda situação, Turmalina (M-67) entra na Unidade enquanto seu bebê está no berço chorando vigorosamente. Após fazer a higienização das mãos, Turmalina aproxima-se do bebê e ele para de chorar. A técnica de enfermagem que estava próxima do berço volta-se para a mãe e diz: *“parou de chorar na hora que te viu!”*.

Esse achado referente à mudança de comportamento do recém-nascido diante da presença da mãe é também reforçado por Nyström e Axelsson (2002) ao afirmarem que, ao serem separados de suas mães, os recém-nascidos respondem com choro, o que pode ser chamado de angústia da separação, sendo que os mesmos param de chorar quando são colocados junto de suas mães.

Para Pérola (M-13), o vínculo entre ela e sua filha é construído desde a gestação, quando ela acariciava sua barriga e cantava para a filha. Em seu entendimento, é essa ligação existente desde a gestação que possibilita à filha reconhecer sua presença quando se aproxima dela na UTIN.

Crisântemo (G-163) identifica que a presença da mãe junto ao filho hospitalizado favorece o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê e a manutenção do aleitamento materno. Crisântemo considera, ainda, que quando a mãe permanece junto ao recém-nascido durante a internação na UTIN, aumenta a probabilidade de continuar acompanhando o filho quando ele for transferido para a UCIN.

A manutenção do vínculo entre mãe e filho é também evidenciada por Vermelho (P-118) e Laranja (P-97) como sendo um aspecto relevante da presença da mãe na

UTIN e também a possibilidade de minimizar os prejuízos decorrentes da separação precoce devido à necessidade de hospitalização.

Essa percepção dos profissionais acerca da importância da presença materna na UTIN para o desenvolvimento do vínculo entre mãe e filho tem respaldo em estudiosos das relações vinculares e do apego como Kennell e Klaus (1998), Spitz (1996), Bowlby (1995), e Brazelton (1988). Esses autores consideram que a separação precoce entre mãe e filho compromete o desenvolvimento do apego e provoca repercussões em longo prazo no desenvolvimento do bebê, indicando que a relação mãe e filho nos primeiros anos de vida pode representar a base das futuras relações com outras pessoas e com os acontecimentos da vida.

O estudo de Flacking *et al.* (2006) evidencia que o contexto hospitalar dificulta o desenvolvimento do vínculo afetivo entre mães e bebês. As mães participantes do estudo cujos filhos foram internados na UTIN, após o nascimento, demonstraram grande dificuldade em “se tornarem mães”. Relataram que não sentiam reciprocidade na interação com seus bebês, sendo que essas interações ocorriam sem privacidade e se restringiam basicamente ao momento de amamentação.

Outro fator acerca do processo de vinculação entre mãe e filho, considerado por Bialoskurski *et al.* (1999), é que o vínculo é entendido como uma relação diádica entre o bebê e a mãe mas, na situação de internação na UTIN, essa relação diádica passa a ser uma relação triádica, uma vez que os cuidados do recém-nascido são divididos entre a mãe e os profissionais de saúde, acarretando alterações no processo de apego. As autoras consideram que a construção do apego é um processo individualizado no qual devem ser levadas em conta as singularidades da mãe e do bebê.

Para superar as dificuldades relacionadas ao processo de vinculação e formação do apego entre mãe e filho decorrentes da necessidade de internação na UTIN, defende-se a presença e o envolvimento dos pais nos cuidados dispensados ao recém-nascido (AUSLANDER *et al.*, 2003; BRUM; SHERMANN, 2004, 2005). É indicado que os profissionais de saúde orientem suas práticas no sentido de dar

oportunidade à mãe de ficar próxima do filho, promover o contato físico precoce entre mãe e bebê; oferecer informações e apoio emocional para os pais. Tais intervenções possibilitam prevenir transtornos gerais no desenvolvimento e melhorar a qualidade de vida dos envolvidos nesse processo (BRUM; SHERMANN, 2004).

Ametista (M-31) evidencia, em seu discurso, sua capacidade de decodificar e atribuir significados às reações da filha. Para um melhor entendimento do relato de Ametista, utilizarei os dados coletados por meio da entrevista e do prontuário que informam que a criança nasceu com 30 semanas de gestação, pesando 1.070 gramas e foi encaminhada para a UTIN logo após o nascimento onde permaneceu internada por 10 meses e sete dias. Durante a internação, teve várias infecções e passou por momentos de gravidade e instabilidade clínica. A criança de Ametista submeteu-se a uma traqueostomia e apresentava sérios comprometimentos neurológicos, com aumento de tônus muscular, manutenção de padrões posturais inadequados e um déficit cognitivo que comprometia sua interação social. Durante todo o período de internação da filha, Ametista esteve presente, ora em período integral, ora durante alguns dias da semana. Mesmo demonstrando conhecer as limitações cognitivas e motoras da filha, expressas por constatações como a de que *“ela não sorri”* Ametista (M-25) considera que sua filha sente a sua presença, pois, quando se aproxima, percebe que a filha modifica a expressão do rosto, o que lhe transmite a sensação de bem-estar.

Depreende-se do relato de Ametista, a existência de uma habilidade materna para atribuir sentido e nomear o comportamento da filha a partir do que a mãe supõe que a filha está sentindo. Essa habilidade pode ser explicada pelo que Winnicott (2002, p.30) denomina como estado de preocupação materna primária, caracterizado pelo aumento da sensibilidade que torna as mães capazes de se colocar no lugar do bebê, de identificar-se com ele e de atender a suas necessidades básicas *“de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinado”*. Desse modo, esse estado seria então o que permite, à mãe, escutar o que ainda não foi dito e se antecipar à ação da criança.

A presença da mãe junto do filho é percebida por Cinza (P-138) como algo estruturante e organizador para o bebê, pois *“quando a mãe chega ele pára, ele fica tranqüilo, ele se encontra”*. Para exemplificar sua percepção Cinza (P-138) relata o ocorrido em um plantão, quando se encontrava, sob seus cuidados, uma criança que havia se internado na UTIN para realizar uma gastrostomia. A mãe da criança estava ausente e a criança ficou inquieta e chorosa durante todo o dia. Na tentativa de tranquilizá-la, Cinza a segurou no colo, fez carinho, colocou música e deu banho de banheira por duas vezes, mas a criança não se tranquilizou, pois o seu comportamento expressava a falta que ela sentia de sua mãe. Essa percepção de Cinza ganha força quando ela relata que, no plantão seguinte, a mãe estava presente na UTIN e ela observou que a criança ficou tranquila e dormiu grande parte do dia.

Essa constatação de Cinza vem ao encontro do estudo realizado por Winnicott (2002) que evidencia que a existência do bebê está fundamentada na autopercepção, uma vez que ele começa sua vida em um estado de desintegração e desorganização e a mãe, com sua presença e seus cuidados, favorece a organização do bebê e reafirma sua existência.

O discurso de Jade (M-46) revela que seu bebê também é capaz de reconhecer outras pessoas pertencentes a seu núcleo familiar e que a presença da família lhe transmite segurança. Para Jade, o fato de seu bebê se encontrar em um ambiente, pelo qual circulam diversas pessoas, não o impede de se sentir sozinho, pois se trata de pessoas desconhecidas, que não fazem parte de sua família. Essa percepção de Jade acerca da importância da família para o recém-nascido é também evidenciada pela decisão do pai do bebê de ficar junto dele durante toda a internação, mesmo enfrentando dificuldades financeiras para se manter na cidade uma vez que o casal é procedente de uma cidade do interior do Estado e não possui familiares em Belo Horizonte.

Mesmo não sendo um ponto que será aprofundado neste estudo, cabe destacar, do relato de Jade, o empenho do pai para ficar junto de seu filho e de sua companheira durante a hospitalização. É inegável a importância da presença

paterna para o desenvolvimento da criança, contudo ainda se percebe que, na prática dos profissionais de saúde, a ênfase é dada à figura materna, sendo o pai, de certa maneira, desconsiderado nesse processo. Tomando o contexto do nascimento de um bebê prematuro ou doente e suas implicações na vida familiar, é premente reconhecer que a presença paterna interfere positivamente tanto para a construção do apego entre pai e filho quanto para partilhar com a mãe os cuidados da criança no hospital e no domicílio.

Além de a presença da mãe na UTIN ser vista como um fator favorecedor para o desenvolvimento da criança e o relacionamento afetivo, Roxo (P-23) destaca que a mãe também é beneficiada. Para Roxo, mesmo nas situações em que o bebê está grave, quando a mãe acompanha e participa do cuidado do bebê desde o início da internação, fica menos ansiosa e tem possibilidade de contribuir no tratamento do filho.

Na percepção de Branco (P-93), as mães chegam à Unidade muito assustadas e com medo do que pode acontecer ao filho, mas a convivência com o filho na UTIN favorece o aprendizado e a adaptação da mãe a essa nova realidade.

O relato de Roxo vem ao encontro do estudo de Nyström e Axelsson (2002) sobre a experiência de mães separadas de seus filhos na primeira semana de vida, quando eles foram transferidos para a UTIN. Para as pesquisadoras, estabelecer uma comunicação com a mãe sobre as condições de saúde de seu bebê e oportunizar que ela participe do cuidado do filho podem diminuir a tensão e a ansiedade da mãe, auxiliando-a no enfrentamento da situação.

Griffin *et al.* (1998) também reconhecem que a presença e o acompanhamento pelos pais na UTIN, o mais precocemente possível, favorecem a redução do estresse vivenciado por eles. As autoras recomendam que os profissionais estimulem os pais a desenvolverem um conhecimento acerca dos seus bebês e a participarem dos cuidados utilizando estratégias como perguntar às mães como percebem seus bebês ou avaliar quais são as atividades no cuidado dos filhos que os pais realizam com maior segurança.

Para Holditch-Davis e Miles (2000), o fato de não poder cuidar do filho durante a internação na UTIN, foi evidenciado como uma das seis maiores causas de estresse dos pais, afetando particularmente a habilidade das mães para defender seus bebês e tomar decisões sobre eles. Nesse sentido, Mok e Leung (2006) defendem que os profissionais adotem estratégias para envolver a mãe no cuidado o mais precocemente possível com vistas a favorecer tanto a criança quanto o estado emocional dos pais.

A presença materna também é percebida por Roxo (P-126) como uma forma de assegurar o atendimento às necessidades da criança nas situações em que a Unidade está tumultuada e a equipe sobrecarregada, como nos momentos das admissões de recém-nascidos.

Esse relato tem suporte no estudo realizado por Martínéz *et al.* (2007) que analisou os significados atribuídos pelos profissionais de saúde à participação dos pais no cuidado na UTIN, evidenciando que essa participação reduz a sobrecarga de trabalho do profissional.

A pesquisa etnográfica realizada por Hurst (2001) revelou que as mães reconheciam algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde como a sobrecarga de trabalho e, diante disso, buscavam estabelecer uma relação de parceria com os profissionais, especialmente com a equipe de enfermagem, para garantir melhores resultados no cuidado de seus filhos.

A análise dos discursos de mães e profissionais expressa que o reconhecimento da importância da presença da mãe junto do filho internado reflete as concepções da maternidade que determinam os sentimentos e comportamentos da mãe em relação ao filho. Essa assertiva vem ao encontro do relato de Esmeralda (M-7) que diz ter sido orientada pelos profissionais de saúde a conversar com seu bebê pois isso ajudaria a “*mente*” dele. Em seu entendimento, a mãe que não conversa com o filho é o mesmo que não estar presente.

Outra concepção acerca da maternidade é expressa pelo discurso de Cinza (P-144), ao relatar que nem todas as mães permanecem junto de seus filhos na UTIN e que ela percebe que existem diferenças no comportamento das mães em relação ao filho. Para Cinza, há mães que se envolvem e se interessam pelo cuidado com o filho e mães que nem vão à UTIN. Diante do comportamento das mães que demonstram pouco envolvimento, Cinza questiona se elas sabem o motivo da internação do filho na UTIN e a importância de sua presença para a recuperação do filho.

Os dizeres de Gerânio (G-156) expressam que a importância dada pelos profissionais à presença materna leva-os a atribuírem uma obrigatoriedade a essa presença sendo que, em algumas situações, a equipe cobra da mãe estar presente junto do filho durante toda a internação, desconsiderando que ela tem outras necessidades como ir em casa descansar e ficar com os outros filhos. Esse relato insere-se nos achados de Gaíva e Scochi (2005) que demonstram que a imposição da presença materna na UTIN, pela equipe, faz com que a participação da mãe no cuidado deixe de ser prazerosa, podendo aumentar o distanciamento dos pais.

Os discursos de Esmeralda, Cinza e Gerânio colocam em evidência os diferentes entendimentos presentes na sociedade acerca da maternidade, com o predomínio de concepções que defendem a maternidade do ponto de vista das crianças e de suas necessidades. A esse respeito Kitzinger (1978), em seu estudo antropológico sobre a maternidade, considera que as pesquisas, especialmente aquelas do campo psicanalítico, tendem a considerar as mães apenas como indivíduos que provocam repercussões positivas ou negativas na vida das crianças, tomando-as mais como objetos do que como sujeitos. A autora propõe que as mães sejam olhadas de outro ângulo, reconhecidas como pessoas com direitos próprios e que a maneira como elas praticam a maternidade é também a expressão de sua personalidade.

O estudo de abordagem sociológica realizado por Lupton e Fenwick (2001), com o objetivo de conhecer como as mães de recém-nascidos hospitalizados constroem e praticam a maternidade, evidenciou que os profissionais de saúde utilizam certos discursos para julgar as mães e seus comportamentos em relação a seus bebês.

Outro aspecto evidenciado pelas pesquisadoras diz respeito às divergências existentes entre o discurso das mães e o dos profissionais acerca do que ambos consideram ser uma “boa mãe”. As mães enfatizaram a importância do contato físico com seus filhos e do aleitamento materno, enquanto os profissionais privilegiavam a presença das mães na Unidade e o interesse delas em aprender sobre a condição clínica da criança e seu tratamento.

Evidencia-se que a expectativa dos profissionais, em relação ao comportamento das mães durante a internação do bebê na UTIN, expressos pelos discursos de Cinza e Gerânio, sustenta-se nos achados de Lupton e Fenwick (2001), uma vez que ambos destacam a disponibilidade da mãe para estar junto de seu filho.

É relevante refletir sobre a maternidade, não apenas como um processo de construção restrito à mulher, mas que também envolve as relações sociais que são estabelecidas com ela no decorrer desse processo. Se levarmos em consideração que as concepções de maternidade, presentes no discurso dos profissionais de saúde que atuam na UTIN, são também reproduzidas por sua prática, isso pode trazer repercussões na forma como as mães constroem a maternidade. Romper com padrões que classificam o comportamento das mães e reconhecer sua alteridade no modo como cada mãe exerce a sua maternidade é também uma abertura a novos modos de existência e de cuidado.

6.1.3 O que sentem e o que querem as mães

Os discursos das mães são reveladores de que a situação de ter um filho internado na UTIN é permeada por sentimentos como medo, insegurança, incerteza e impotência diante das condições de saúde do filho. As características do ambiente da UTIN e as especificidades do cuidado ali oferecido aumentam a tensão materna.

Um dos aspectos evidenciados pelo relato de Turquesa é que o ambiente físico da UTIN, com luz intensa, alarmes, equipamentos de suporte respiratório e odores químicos, aumentam a tensão das mães diante de situações corriqueiras como o

disparo do alarme de algum equipamento. Em seu discurso, Turquesa (M-25) relembra que um dos momentos de tensão vivenciado por ela na UTIN ocorreu quando os aparelhos utilizados para monitorar seu filho começaram a “apitar” durante a administração de medicamentos pela técnica de enfermagem.

Outro relato de Turquesa (M-28) permite conhecer que algumas situações de assistência ao recém-nascido na UTIN, que exigem grande mobilização e agilidade dos profissionais de saúde, levam a mãe a atribuir maior gravidade à condição clínica do filho. Turquesa relata que já estava informada pela equipe que o filho estava com pneumonia e que poderia apresentar apnéia mas isso não diminuiu a tensão vivida por ela ao presenciar um episódio de apnéia em seu bebê. Relata que se encontrava na Unidade observando a equipe ministrar medicamentos no bebê, quando percebeu que ele ficou “roxinho”. Diante da situação do filho e da movimentação da equipe, Turquesa conclui que não se tratava de um episódio de apnéia, mas de uma parada cardíaca, o que aumentou seu desespero. Diante de seu nervosismo, uma enfermeira que se encontrava na Unidade pediu que ela se retirasse, pois poderia “passar nervosismo” para o bebê. Turquesa relutou em sair da Unidade, pois receava que seu bebê morresse e a equipe não lhe contasse. Por fim, decidiu sair da Unidade e foi para a Casa de Sofias, onde foi acolhida e tranquilizada pelas outras mães que lá se encontravam.

O relato de Turquesa expressa que as situações de urgência dentro da UTIN são, em geral, momentos de grande tensão e que exigem rapidez e habilidade dos profissionais de saúde para reverter a situação, impossibilitando-os de oferecer ajuda ao recém-nascido e apoio e orientação aos pais, simultaneamente.

Essa consideração é também sustentada por Junqueira *et al.* (2006). As autoras consideram que em situações em que o bebê encontra-se com possibilidade de óbito iminente, a presença do familiar não pode ser postergada ou negada, sendo necessário que os profissionais de saúde que estão assistindo o recém-nascido facilitem a presença da família e busquem articular com os demais integrantes da equipe multiprofissional para que ofereçam apoio para a família nessas circunstâncias.

Assim como nos relatos de Turquesa, os estudos de Griffin *et al.* (1998); Heermann *et al.* (2005), Carter *et al.* (2007) e Turan *et al.* (2008) também constaram que o ambiente da UTIN aumenta o estresse vivenciado pelas mães e destacam a importância de os profissionais de saúde auxiliá-las no processo de adaptação e enfrentamento da situação.

Loo *et al.* (2003) sugerem que uma maneira de auxiliar os pais é ensiná-los a compreender os sinais fisiológicos e comportamentais de seus bebês. Para os autores, integrar o conhecimento de ambos os domínios, ou seja, ler os monitores e interpretar os sinais comportamentais do bebê auxilia na redução do estresse dos pais durante a internação do filho na UTIN. Griffin *et al.* (1998) também indicam essa orientação e afirmam que a inabilidade dos pais para identificar os sinais comportamentais da criança torna ainda mais estressantes suas interações com seus bebês.

Dentre as intervenções que podem ser realizadas pelos profissionais de saúde para minimizar o estresse materno nos primeiros dias de internação do recém-nascido destacam-se: possibilitar a visita dos pais à UTIN quando a gestação é considerada de alto risco (GRIFFIN *et al.*, 1997); oferecer informações sobre o ambiente da UTIN e o funcionamento dos equipamentos, esclarecendo quando o disparo dos alarmes não está relacionado a uma situação de emergência; orientar sobre as diferenças entre o comportamento do bebê a termo e do bebê prematuro (GRIFFIN *et al.* 1998) e fornecer informação aos pais relacionada aos diferentes momentos da hospitalização do bebê na UTIN (LOO *et al.*, 2003).

Acerca do processo de adaptação da mãe ao ambiente da UTIN, Heermann *et al.* (2005) descrevem que, inicialmente, a atenção da mãe está voltada para os equipamentos, os profissionais, a linguagem e a cultura da UTIN, sendo que o seu bebê fica em segundo plano. À medida que a mãe vai adquirindo conhecimentos, o foco de sua atenção passa a ser o bebê. Todavia, as autoras observaram que a atenção da mãe oscilava do bebê para o ambiente nas situações em que ocorriam mudanças na dinâmica da UTIN ou que o bebê apresentava piora clínica.

Para Junqueira *et al.* (2006), a presença dos pais na UTIN durante a realização de procedimentos invasivos ou dolorosos é defendida por poucos profissionais, especialmente em função da dificuldade em lidar com a ansiedade da família. As autoras consideram que permitir a presença dos pais durante os procedimentos implica em desdobramentos tais como explicar os procedimentos e como serão realizados.

Azul (P-74) considera ser difícil, para a mãe, presenciar algumas intervenções realizadas no recém-nascido, como aquelas geradoras de desconforto ou dor. Em seu entendimento, mesmo que o profissional seja criterioso e cuidadoso em sua realização, dependendo das características de certos procedimentos, a mãe pode entender que o profissional está agredindo o bebê, como nas situações nas quais o bebê está agitado e precisa ser contido mais fortemente ou quando se faz necessária a realização de procedimentos invasivos e causadores de desconforto como a aspiração do tubo endotraqueal.

Esse relato permite conhecer que alguns procedimentos são causadores de desconforto, mesmo quando realizados de forma cautelosa. Uma alternativa seria orientar a mãe a segurar o bebê durante determinados procedimentos como a punção ou a aspiração. São ações que, a partir de um cuidado materno, podem favorecer a organização da criança e oferecer-lhe conforto.

Em seu discurso, Jade (M-45) evidencia o medo de carregar seu bebê no colo por achar que ele é frágil e que poderá machucá-lo, pois ele é muito “*petitiquinho*”. Esse medo foi também manifestado por Jade durante a observação participante (Jade, M-41). Na situação observada, Jade encontrava-se ao lado do leito de seu bebê acariciando-o. A fisioterapeuta dirige-se a Jade e lhe pergunta se ela gostaria de “*fazer o canguru*” enquanto lhe indicava uma mãe que estava com seu bebê no colo. Jade reluta e argumenta que seu bebê irá chorar quando for colocado no colo. A fisioterapeuta tranquiliza a mãe e, quando o bebê acorda, coloca-o em seu colo. Nesse momento, Jade expressa que tem medo dos fios que estão presos ao corpo do bebê se soltarem. A fisioterapeuta explica que os fios são para monitorar o bebê, e caso eles soltem, serão recolocados sem nenhum prejuízo para a criança.

Enquanto coloca o bebê no colo de Jade, a fisioterapeuta diz que, quando ela se sentir segura, colocará o bebê na posição canguru. Nos primeiros momentos da mãe com o bebê em seu colo, é visível sua tensão: seu olhar está assustado, os ombros estão rígidos e o bebê não está aconchegado a seu corpo. À medida que o tempo passa, a mãe vai se descontraindo e deixando seu corpo se encostar à cadeira e, então, sua atenção volta-se para o bebê em seu colo.

No desenrolar dessa cena, foi possível observar que a fisioterapeuta estabeleceu um diálogo com a mãe, permitindo-lhe expressar seus temores e sua insegurança e modificou sua intervenção de forma que a mãe se aproximasse de seu bebê gradativamente, respeitando o tempo de adaptação da mãe.

Em estudo realizado por Roller (2005) no qual buscou conhecer a experiência de 10 mães americanas que realizaram o cuidado canguru com seus bebês prematuros internados na UTIN, foi evidenciado que a realização desse cuidado possibilitou às mães e aos bebês conhecerem um ao outro de forma calorosa, reconfortante e tranquila, mesmo encontrando-se em uma situação e em um ambiente com vários fatores inibidores da interação mãe e filho. Para a autora, a realização do cuidado mãe-canguru foi evidenciado pelas mães participantes como uma forma de seus bebês reconhecê-las como mães e de elas construírem a identidade materna.

Cinza (P-141) relata que o bebê de Pérola encontrava-se estável e em condições de realizar o cuidado mãe-canguru. Enquanto Cinza preparava o bebê, Pérola saiu para ir ao banheiro e não retornou à Unidade. Transcorridos cinco dias, Pérola retornou ao Hospital e, ao vê-la na Unidade, Cinza aproximou-se dela e falou, em tom de brincadeira, que estava aguardando por ela até aquele momento para fazer o canguru. Ao ouvir o comentário de Cinza, Pérola começou a chorar e, então, Cinza percebeu o medo que Pérola sentia de colocar o bebê no colo. Cinza relata que se emocionou com a mãe e buscou tranquilizá-la dizendo-lhe que iria respeitá-la em seu tempo.

Tanto a observação da situação vivenciada por Jade (M-41), quanto o relato de Cinza (P-141) indicam que as mães necessitam de um tempo para adquirir

segurança e confiança para interagir com seu bebê levando-nos a considerar a importância de os profissionais de saúde estarem atentos a esse aspecto, uma vez que não respeitar o tempo das mães pode acentuar sua insegurança e seu distanciamento do bebê. Essa assertiva tem suporte em Lamy (2000), que considera que presença da mãe junto do bebê é também uma forma de ela superar as dificuldades do nascimento de um bebê prematuro ou com problemas.

Durante a internação na UTIN, as mães se preocupam com a condição clínica dos bebês e buscam encontrar respostas para o que se passa com eles, como é evidenciado pela fala de Pérola (M-12). Ela diz que, no dia anterior, seu bebê estava muito agitado e nervoso e tenta encontrar uma explicação para a agitação do filho ao relacioná-la à suspensão da dieta. Além desse acontecido, Pérola levanta a hipótese de a agitação do filho se dever a uma alteração pulmonar, o que ainda não havia sido confirmado pela equipe.

Esmeralda (M-3) também expressa sua preocupação com a condição clínica do filho ao relatar que foi necessário suspender a dieta do bebê. Fala que essa situação deixou-a preocupada e sem vontade de se alimentar porque tem conhecimento que a suspensão da dieta denota um agravamento no quadro de saúde do bebê e que poderá levá-lo a perder peso.

De acordo com Hall (2005), as mães estão sempre atentas às mudanças no quadro clínico de seus bebês. A preocupação das mães com a condição clínica do bebê também esteve presente nos resultados da meta-síntese realizada por Swartz (2005) que evidenciou que, nos primeiros dias de internação na UTIN, as principais preocupações dos pais estão relacionadas ao quadro clínico, ao peso e ao desenvolvimento do bebê. Nesse período, os pais buscam se informar e fazer tudo o que está a seu alcance para proporcionar o melhor cuidado possível para seus bebês.

Os relatos das mães demonstram que vivem o conflito entre permanecer na dúvida sobre a situação do filho para proteger-se do sofrimento ou buscar informações e se depararem com uma realidade que não era a desejada. Ao viver essa situação

conflituosa, Diamante (M-53) se martiriza por não ter coragem de insistir, de fazer mais perguntas para esclarecer suas dúvidas. Ela considera que essa atitude se deve ao medo que tem de se deparar com a verdade sobre o filho e ser “*uma coisa ruim*”.

Situação semelhante é vivenciada por Turquesa (M-24), ao relatar que descobriu, poucos dias antes do nascimento do filho, que era portadora do vírus HIV. Essa notícia abalou-a emocionalmente, pois tem consciência da gravidade da doença e teme por seu futuro e pelo do filho. Até o dia em que foi realizada a entrevista, Turquesa convivía com a incerteza se o filho também era portador do vírus HIV e ainda não se sentia preparada para perguntar aos profissionais que o acompanhavam.

De acordo com Bialoskurski *et al.* (2002), mesmo na presença de uma boa explicação, as mães utilizam de estratégias para se protegerem de qualquer má notícia em relação à condição clínica de sua criança e o comportamento materno de estabelecer como prioridade apenas as questões relacionadas ao bebê pode ser uma forma de mascarar as necessidades de apoio relacionadas à própria mãe. Para as autoras, os profissionais de saúde devem escutar o que as mães têm a dizer sobre suas reais necessidades com vistas a estabelecer um plano de cuidados que leva em conta as necessidades maternas.

A fala das mães participantes evidencia que, no cotidiano da UTIN, elas desenvolvem estratégias para atender sua necessidade de obter informação sobre o bebê. O discurso de Turquesa (M-26) revela que, na convivência com a equipe, aprendeu a conhecer quais os profissionais que poderão lhe fornecer informações. Esses profissionais são definidos por ela como aqueles mais alegres e “*cumprimentável*”. Ela evidencia ainda em sua fala que não são todas as informações que podem ser fornecidas pelas técnicas de enfermagem, ficando essas informações limitadas a temas relacionados à alimentação, ao comportamento da criança, ao peso e à higiene.

Gaíva e Scochi (2002) apontam para a assimetria existente na relação estabelecida entre os pais e profissionais especialmente no que se refere à comunicação, que ocorre sem muitas possibilidades para os pais se colocarem, sendo meros receptores da mensagem. Dessa forma, eles buscam as informações acerca da evolução clínica dos bebês naqueles profissionais que estão em uma relação mais próxima, como o auxiliar de enfermagem.

Alguns aspectos da cultura hospitalar, como a utilização de termos técnicos, dificultam que o diálogo, entre as mães e os médicos, ocorra de forma esclarecedora, o que pode levar a mãe a continuar desconhecendo o que se passa com seu bebê, como na situação vivenciada por Turquesa (M-27). Ela fala que durante a passagem de notícias a pediatra lhe disse que seu bebê estava com pneumonia, mas se encontrava estável. Turquesa então perguntou à médica o que vinha a ser estável: “*bom ou ruim?*”.

A dificuldade no entendimento da informação que os pais de recém-nascidos internados na UTIN recebiam dos profissionais de saúde foi também evidenciada no estudo realizado por Tavares *et al.* (2006), sendo que alguns pais sentiam-se envergonhados para pedir maiores esclarecimentos aos profissionais.

De acordo com Griffin *et al.* (1998), informações incompletas, conflitantes ou de difícil compreensão dificultam a comunicação entre os profissionais de saúde e as mães. No entendimento de Gaíva e Scochi (2002), a utilização de termos técnicos na comunicação com os pais, é também uma forma de o médico exercer o saber/poder em relação à mãe. Para as autoras, a dificuldade dos profissionais em estabelecerem uma comunicação adequada com as mães pode ser atribuída à falta de domínio das tecnologias de interação. Dessa forma, a comunicação se dá de maneira automatizada, impessoal e mecanizada.

Na situação relatada por Turquesa, verifica-se que ela pediu mais explicações ao profissional buscando compreender a informação, mas nas situações em que as mães não rompem o silêncio e pedem aos profissionais para decifrar os termos utilizados, elas permanecem com suas dúvidas como evidenciado por Lamy (2000).

As informações também podem ser pouco esclarecedoras como expressa Diamante (M-54), ao relatar que, durante a internação, seu bebê apresentou duas fraturas espontâneas, levando-a a buscar uma explicação para a causa dessas fraturas. Uma das hipóteses consideradas por Diamante era que essas fraturas sofridas pelo filho pudessem estar relacionadas a alguma doença congênita, uma vez que ela também havia tido várias fraturas na infância. Diamante relata, ainda, que tentava expor suas dúvidas e apreensões para a equipe mas, com o passar do tempo, deixou de perguntar sobre o estado clínico do seu bebê, pois os profissionais de saúde atribuíam todos os problemas de seu filho ao fato dele ser prematuro.

Essas considerações vêm ao encontro da compreensão de Lamy (2002) acerca da comunicação entre pais e profissionais de saúde, na UTIN. Segundo a autora, a informação dada aos pais não atende as necessidades da família, uma vez que seu conteúdo fica centrado no entendimento do que o profissional considera importante dizer aos pais. Evidencia-se o lugar do saber ocupado pelos médicos, que lhe confere um poder e, por sua vez torna-o detentor da verdade, sendo essa cadeia um obstáculo para o estabelecimento de uma relação dialógica entre pais e profissionais de saúde.

No entendimento de Gerânio (G-157), as informações incompletas podem gerar, nos pais, o sentimento de que sua criança não está recebendo uma assistência adequada. Para exemplificar sua percepção, Gerânio relata uma situação vivenciada pelos pais de uma criança com suspeita de obstrução intestinal e que estava internada na UTIN para a realização de uma cirurgia no trato digestivo. A criança permaneceu internada vários dias sem que a cirurgia fosse realizada e, durante as passagens de notícia, a informação que a família recebia era sempre a mesma: a equipe estava aguardando o cirurgião. Segundo Gerânio, o cirurgião realmente estava sendo aguardado, mas o que impedia a realização do procedimento era o fato de a criança ter contraído uma infecção que deveria ser tratada antes da cirurgia.

A ausência de informações sobre o filho pode ser geradora de tensão na mãe e na relação dela com a equipe como expressa a situação vivenciada por Cinza (P-150),

ao ser procurada por uma mãe que queria notícias do filho. Cinza relata que procurou o médico mas ele não estava disponível para fornecer informações à mãe naquele momento. Diante disso, a mãe ficou alterada e destratou Cinza. Após relatar essa situação, Cinza coloca-se no lugar da mãe e questiona se também não teria adotado o mesmo comportamento diante da falta de notícias sobre as condições clínicas de um parente seu.

Essa importância que as mães atribuem à informação sobre o bebê internado na UTIN foi evidenciada no estudo realizado por Bialoskurski *et al.* (2002), onde 93% das mães participantes identificaram como prioridade receber informações precisas sobre o estado de saúde do filho durante a internação na UTIN.

Na situação observada, Jade (M-39) e o companheiro encontram-se ao lado do berço do bebê aguardando a passagem de notícias. A pediatra aproxima-se e, após se apresentar, informa aos pais que o quadro clínico do bebê encontra-se estável, mas não deixa de tratar-se de “*uma criança grave*”. Enquanto ouve a pediatra, é possível perceber a tensão da mãe pela respiração acelerada, testa franzida e lábios cerrados. Após ouvir a pediatra, a mãe diz que observou melhora no seu bebê em relação ao período da manhã, ao que a pediatra responde: “*sim, mas não quer dizer que não possa piorar*”.

Esse relato evidencia que o profissional ressalta a gravidade clínica da criança, não valorizando os sinais de melhora observados pela mãe. Esse aspecto foi evidenciado por Duarte (2007), ao analisar os elementos que garantem a integralidade na assistência ao recém-nascido na UTIN, a partir da prática dos profissionais. Segundo a autora, a ausência de uma relação dialógica reforça o lugar do profissional como detentor do conhecimento acerca da criança, sendo que a informação oferecida aos pais ocorre no tempo e com o conteúdo escolhidos pelos profissionais, com predomínio de conteúdos relacionados à doença e terapêutica e os que reforçam a debilidade da criança. Heermann *et al.* (2005) também apontam esses aspectos referentes à passagem de informação e destacam o pouco reconhecimento, por parte dos profissionais, de que os pais podem contribuir para o cuidado do recém-nascido, com sua experiência.

Outros aspectos evidenciados na observação relatada foram os sinais de tensão manifestados pela mãe durante a passagem de notícias. A esse respeito, Gaíva e Scochi (2002) ressaltam que, além da expressão verbal, devem ser considerados os outros elementos envolvidos na comunicação como os gestos, a expressão facial e a escuta. Para as autoras, ao priorizar o repasse de mensagens técnicas, os profissionais ignoram aspectos relacionados às emoções e aos sentimentos inerentes aos pais que vivenciam a condição de ter um filho internado na UTIN.

Em outra situação observada, o atendimento à necessidade materna de informação evidencia-se como algo possível de ser incorporado ao fazer do profissional de saúde, como revela a descrição a seguir:

Vermelho está avaliando os bebês na UTIN. Safira chega à Unidade acompanhada pela sua mãe, vai ver o filho pela primeira vez. Safira se locomove com dificuldade até o seu bebê e assenta-se em uma cadeira ao lado da incubadora. Ela observa o bebê e a unidade por algum tempo. Vermelho continua examinando os bebês. Safira se levanta e se desloca em direção à porta da UTI com sua acompanhante. Vermelho, ao percebê-las saindo, pede que aguardem pois irá conversar com elas. Vermelho aproxima-se delas e explica-lhes que o bebê é prematuro e nasceu com dificuldade para respirar, por isso ele está usando um respirador que é um aparelho que o ajuda a respirar (mostra para a mãe o respirador). Continua dizendo que, devido à prematuridade, foi necessário utilizar um remédio para ajudar o pulmão do bebê, mas a substância que ajuda o pulmão do bebê pode também comprometer a circulação, por isso ele está tomando alguns remédios (mostra para a mãe as bombas de infusão com a medicação). Diz também que devido ao bebê estar entubado, é necessário dar um remédio para ele dormir, por isso ele está mais sonolento. Vermelho mostra para a mãe o saturímetro afixado no pé do bebê e diz que “*não machuca, está apenas encostado no pé do bebê*” e é um aparelho (mostra o monitor) para ajudar a monitorar o coração do bebê. A mãe pergunta quanto tempo o bebê ficará internado. Vermelho diz que é uma criança ainda instável e explica que o tratamento é progressivo e o próximo passo é sair do respirador, depois vai para outro aparelho e assim por diante. Fala da imprevisibilidade que é o bebê prematuro e que a evolução depende de cada criança (Vermelho, OP: 116)

Gerânio (G-157) considera que a preocupação das mães e sua necessidade de receber informações são sentimentos legítimos, uma vez que elas se sentem comprometidas com seus bebês e o atendimento a essa necessidade favoreceria o envolvimento das mães no cuidado dos filhos. Contudo, em seu entendimento, a forma como é realizada a passagem de notícias para os pais, na UTIN, evidencia que os profissionais, no caso os da categoria médica, não estão preparados para relacionar-se com as mães. Para Gerânio, as reclamações das mães acerca da falta

de notícias dos filhos, em sua maioria, têm fundamento. Um dos motivos das reclamações é o modo como é passada a notícia, sem o estabelecimento de um diálogo entre o profissional e a mãe. Outro motivo apontado por Gerânio é o fato de a passagem de notícia não ser entendida, pela equipe médica, como uma das ações do cuidado, o que faz com que seja relegada a um segundo plano ou que não ocorra diante da sobrecarga de trabalho.

Depreende-se do relato de Gerânio, que o cuidado na UTIN é guiado pelas tecnologias leve-duras e duras, indicando uma limitação dos profissionais de incorporar a tecnologia leve a sua prática. Junqueira *et al.* (2006, p. 277) destacam a importância do diálogo para a integralidade da assistência ao recém-nascido na UTIN, ao considerar que “[...] é ele que demarcará a diferença entre a efetivação de um cuidado integral ou um mero cumprimento de protocolo”. Para Braga (2006), um caminho para a construção do diálogo entre pais e profissionais de saúde na UTIN está na possibilidade de os pais entenderem o que é dito pelos profissionais e que a notícia seja representativa da singularidade do recém-nascido.

Essa discussão aponta para a necessidade de estabelecermos uma distinção entre comunicação e informação, uma vez que, o que é evidenciado pelo discurso das mães e profissionais participantes como uma necessidade materna, remete não apenas à obtenção de informações acerca das condições clínicas, mas a uma relação dialógica produtora de acolhimento, vínculo e troca.

A informação é um conceito que limita a compreensão dos processos sociais (ARAÚJO, 2003/4) e um dos elementos que a distingue da comunicação é que nesta há o estabelecimento de laços sociais envolvendo, além do próprio sujeito, “*as coisas e os outros homens*” (SANTOS, 1999, p.256). No entendimento de Araújo (2003/4, p. 167), a comunicação consiste em “*produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais que se manifestam por meio dos discursos*”. Essa assertiva tem suporte em Santos (1999), para quem a comunicação é um processo que implica a interação e a interlocução entre os envolvidos, possibilitando-lhes criar, alimentar e restabelecer laços sociais.

Em que pese a produção do cuidado na UTIN, os relatos dos participantes evidenciam a existência de um campo marcado pelas tensões entre modelos, práticas, interesses e vozes, onde, na maioria das vezes, são os profissionais que estabelecem o tipo de interação (comunicação ou informação) definindo, inclusive, quem e quando pode falar. Pelo exposto, a incorporação da comunicação como uma das tecnologias do cuidado ao recém-nascido é uma forma de os profissionais de saúde e de as mães fazerem circular seus discursos e serem ouvidos, permitindo o surgimento de um cuidado, comprometido com a subjetividade, a autonomia e a alteridade dos sujeitos.

Araújo e Cardoso (2005), ao refletirem sobre a polifonia existente no campo da saúde, afirmam que alguns atores tendem a manter a ordem discursiva para permanecerem em uma posição de poder. Para as autoras, uma das estratégias é criar espaços de interlocução, com negociações cotidianas que permitam a escuta das vozes presentes no cuidado em saúde. Nesse sentido, Junqueira *et al.* (2006) defendem que a capacidade de escuta do profissional deve ser ampliada, incorporando conhecimentos provenientes de outras disciplinas que possam contribuir para a reestruturação da assistência, criando um novo modo de agir em saúde.

6.1.4 O fazer e o lugar da mãe na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Os discursos das mães e dos profissionais expressam elementos que caracterizam o fazer e o lugar da mãe dentro da UTIN. Nesse espaço, as mães constroem o seu fazer e o seu lugar no cuidado, buscando atender às necessidades do filho e a suas próprias necessidades de mãe.

A permanência da mãe junto ao filho internado e o cuidado realizado por ela durante a hospitalização são entendidos por Girassol (G-76) como sendo a ocupação de um espaço que lhe é devido, é a continuidade do cuidado que ela tinha com o filho desde a concepção, quando ela escolheu o seu parceiro. Para Girassol, a necessidade de hospitalização “*em momento nenhum retira de uma mulher o*

cuidado com a sua cria”, e o esperado é que a mãe dê continuidade a esse cuidado juntamente com os profissionais de saúde.

Esse entendimento de Girassol também foi expresso por Ametista (M-32) para quem a mãe ocupa um lugar que é essencialmente dela no cuidado do filho e seria ocupado naturalmente por ela se a filha não tivesse nascido prematura, necessitando ser internada em uma UTIN.

Depreende-se, dos discursos dos profissionais participantes, que o cuidado do filho internado na UTIN não é uma concessão feita à mulher, mas trata-se de assegurar que a mãe ocupe um lugar determinado histórica e socialmente.

Para Ágata (M-14), Pérola (M-10 e 11) Rubi (M-18 e 17) e Branco (P-96), uma das formas de participar do cuidado do filho é estar a seu lado, observando o que se passa com ele e como ele está reagindo. Esses achados também foram evidenciados pelo estudo de Lupton e Fenwick (2001).

No entendimento de Lamy (2000), a presença da mãe reconfigura as interações no espaço da UTIN uma vez que, intencionalmente ou não, ela exerce uma vigilância que vai além daquela desejada pela equipe.

A esse respeito, o estudo realizado por Hurst (2001) revela que, durante a internação dos filhos, as mães realizavam um conjunto de ações para protegê-los. Dentre elas, destaca-se o *olhar vigilante*, entendido como um processo contínuo no qual a mãe observa, reflete e age. De acordo com a autora, as mães baseavam suas ações nas informações, nas observações e nas interpretações realizadas por elas, e consideraram que essa presença ativa ao lado do leito do filho foi crucial para protegê-los.

Essa ação materna também foi evidenciada por Duarte *et al.* (2009b). Para os autores, a permanência dos pais na UTIN e seus olhares meticulosos possibilitam-lhes assumir a condição de “*observadores privilegiados*”, atentos ao que pode

causar dano a seus filhos ou favorecer para que sejam atendidos em sua integralidade.

Em seu relato, Branco (P-95) expressa que as mães dos recém-nascidos internados na UTIN, principalmente daqueles nascidos extremamente prematuros, nem sempre têm noção dos riscos a que eles estão expostos e de como se dá o tratamento. Na percepção de Branco, à medida que a mãe fica junto do filho, ela aprende sobre as rotinas da Unidade e o tratamento realizado, e tem a possibilidade de acompanhar, em tempo real as reações de seu filho e as condutas adotadas pela equipe.

Mas o fato de a mãe estar ao lado do filho observando o que se passa com ele pode também ser percebido pelos profissionais de saúde como uma forma de vigilância, como expressa Laranja (P-99) em seu discurso. Ela relata que, quando começou a trabalhar na Instituição, passou a conviver com a presença constante das mães na Unidade, levando-a a sentir *“medo de estar errando, de crítica... de estar fazendo alguma coisa errada, e o outro estar te olhando...”*. Laranja afirma que, gradativamente, acostumou-se à presença das mães e passou a dar preferência para realizar os atendimentos nos momentos em que elas estavam próximas. Assim, podia tê-las como aliadas para o tratamento do recém-nascido e contar com a colaboração delas em alguns cuidados como o bebê.

A atitude adotada por Laranja foi evidenciada no estudo de Heermann *et al.* (2005) como um facilitador para auxiliar a mãe a passar da condição de estranha para a de engajada e parceira no cuidado do filho. Segundo as autoras, as mães experimentam essas condições durante a internação do filho na UTIN, sendo que algumas delas, rapidamente, estavam engajadas e se tornavam parceiras no cuidado, enquanto outras permaneciam na condição de estranhas durante toda a hospitalização do recém-nascido. Essa transição foi influenciada pelas experiências maternas anteriores, pelo estado de saúde do bebê e pela cultura da UTIN, sendo que o estabelecimento da relação de parceria somente foi possível com a participação do profissional de saúde.

Em seu discurso, Laranja (P-101) revela que realizar os atendimentos na presença da mãe não é uma situação aceita com naturalidade por todos os profissionais, existindo alguns que deixam de examinar as crianças quando as mães ou outros familiares estão presentes, retornando para examiná-las apenas quando eles se retiram.

A situação citada por Laranja pôde ser observada na Unidade e é descrita no relato a seguir:

A pediatra está avaliando os bebês na Unidade. Os bebês são avaliados de acordo com a sequência dos seus leitos: 213, 214, 215, etc. Ao chegar a vez do bebê de Pérola ser avaliado, a pediatra passa para outro bebê e continua a sequência. Pergunto à técnica de enfermagem qual é a pediatra que irá avaliar o bebê de Pérola e ela me diz: *“é essa que está avaliando as crianças, só que ela não avalia quando a mãe está perto”*. A técnica de enfermagem diz que antes ela (pediatra) pedia para a mãe sair no momento que ia avaliar, agora espera a mãe sair para avaliar e comenta: *“engraçado, eu achei que ela tinha parado com isso”*. Pérola se levanta da cadeira e fala com a técnica de enfermagem que está aguardando a avaliação da médica. A técnica de enfermagem pede para ela aguardar um pouquinho, pois a pediatra está avaliando os bebês e em breve avaliará o dela. A mãe sai da Unidade. A técnica de enfermagem se aproxima de mim e fala: *“tadinha, a gente fica sem graça, ela (mãe) está só esperando (avaliar a criança)...”* Algum tempo depois da saída de Pérola a pediatra avalia o seu bebê. (Pérola, M-8)

Sobre a vigilância exercida pela mãe dentro da Unidade, um aspecto manifestado pelo relato de Laranja (P-100) é que o olhar da mãe pode favorecer a qualificação da assistência oferecida ao recém nascido, pois exige que o profissional reflita cotidianamente sobre sua prática e busque aperfeiçoar as técnicas utilizadas.

É esse olhar vigilante da mãe que desperta a atenção do profissional para a existência de um outro - o recém-nascido -, permitindo-lhe escapar de um fazer rotineiro e prescritivo para um fazer crítico e reflexivo. Duarte *et al.* (2008) defendem que movimentos como esse trazem em si a possibilidade de o profissional, em uma situação real de cuidado, questionar sua prática e recriar formas de cuidado.

Em outra perspectiva, a presença da mãe na Unidade e a vigilância exercida por ela são percebidas por Vermelho (P-119) como uma forma de garantir o atendimento às

necessidades do bebê, lembrando à equipe, por exemplo, da dieta atrasada quando a Unidade está muito tumultuada.

Depreende-se desse relato que o cuidado ao recém-nascido é entendido como propriedade do profissional de saúde e a participação da mãe limita-se a lembrá-lo do que ele deve fazer. Tratar a assistência ao recém-nascido sob essa ótica diminui a possibilidade de mães e profissionais de saúde estabelecerem relações de solidariedade e reciprocidade para a produção do cuidado.

Essa consideração foi também revelada no estudo realizado por Hurst (2001), evidenciando que as mães identificavam as situações que podiam indicar perigo para seus bebês, como a falta de continuidade do cuidado ou a ausência de uma atenção adequada, e buscavam estabelecer uma relação de parceria com os profissionais de saúde nessas situações. A autora afirma que, em outras situações em que as mães buscavam negociar com o profissional de saúde a sua participação no cuidado, essas ações eram mal interpretadas ou não eram reconhecidas.

Para Diamante (M-52) e Turquesa (M-23), participar do cuidado do filho na UTIN é informar-se sobre o que se passa com ele. O discurso de Turquesa permite também conhecer que as informações obtidas por ela sobre seu bebê são compartilhadas com os demais familiares que moram em um município do interior do Estado e têm dificuldades para visitá-lo.

Em uma das situações observadas, Esmeralda chega à Unidade para ver seu bebê, que havia apresentado um quadro de gravidade na noite anterior após ter feito um pneumotórax. Ao chegar à Unidade, Esmeralda (M-1) observa atentamente o filho, conversa com ele e deseja-lhe “*boa sorte*”. Em seguida, anda em volta da incubadora como se verificasse todos os equipamentos que o bebê está utilizando e, ao ver que a sonda para coleta de urina está repleta, procura a técnica de enfermagem para saber se o filho tem eliminado as fezes, pois só o vê urinando.

O comportamento de Esmeralda permite conhecer que, para cuidar do filho internado na UTIN, ela adentra um espaço dominado por uma tecnologia e um

modo de cuidar estranhos a ela. Na medida em que passa a habitar esse espaço, ela toma iniciativas que lhe possibilitam saber o que se passa com seu bebê. Esmeralda observa e pergunta, buscando entender o cuidado oferecido e assegurar o bem-estar do filho.

Para Âmbar (M-61), Esmeralda (M-3) e Jade (M-42), conversar com o filho é também uma forma de participar de seu cuidado. Seus discursos revelam que elas conversam com os filhos para incentivá-los a se recuperem rápido e para “*levantar sua auto-estima*” (Âmbar, M-61).

A relevância desse cuidado oferecido pela mãe tem sustentação nos estudos de Dolto (1999) que considera que a voz da mãe funciona como um organizador psíquico para o bebê, produzindo efeitos desde a vida fetal. A ênfase que a autora atribui à palavra é expressa em suas orientações para falar com o bebê sobre as dificuldades que ele está enfrentando e isso irá fortalecê-lo para sair daquele estado. Para Junqueira *et al.* (2006), especialmente nas situações em que o contato físico está restrito, a comunicação verbal é uma forma de acolher o bebê em seu sofrimento.

O toque do bebê pela mãe surgiu no relato de Esmeralda (M-4), Pérola (M-10), Turmalina (M-66), Diamante (M-48) e Lilás (P-108), como outra expressão do cuidado realizado pelas mães. De acordo com Pérola (M-10), é uma forma que ela encontra de acalmar seu bebê quando ele está agitado e, para Lilás (P-108), o toque é também uma forma de favorecer o fortalecimento do vínculo mãe e filho.

Lamy (2002) evidencia, em seu estudo, que o toque é um dos cuidados que a mãe dispensa ao filho na UTIN. A mãe toca o recém-nascido de maneira progressiva, iniciando pelas extremidades do corpo até alcançar o tronco. Para a autora, a possibilidade de a mãe tocar o bebê deve ser considerada como algo vital, um estímulo capaz de auxiliá-lo a enfrentar a internação.

Buscando conhecer os efeitos do toque sobre o desenvolvimento e o bem-estar de bebês nascidos a termo e prematuros, Figueiredo (2007) realizou uma pesquisa de

revisão bibliográfica com base em estudos empíricos que abordavam o tema. A autora concluiu que o toque favorece o desenvolvimento de vínculos afetivos; promove a regulação dos sistemas fisiológicos, destacando-se o imunológico; aumenta o ganho de peso e reduz o período de internação. A autora indica que o toque deveria ser uma prática no cuidado ao recém-nascido prematuro, desde que ele se encontre estável.

Os discursos de Vermelho (P-121) e Roxo (P-128) evidenciam que o lugar das mães no cuidado dos filhos e as possibilidades de cuidado são construídos gradativamente pelas mães e podem ser influenciados pelo período de permanência junto aos filhos internados e pelas características pessoais de cada mãe. Para Vermelho, as mães de bebês internados por períodos mais longos demonstram ser mais participativas, pois esse tempo possibilita-lhes a aquisição de conhecimento sobre as condições de saúde dos filhos e sobre o tratamento que eles estão recebendo.

Buscando um entendimento acerca do vivido pelas mães, utilizo da análise realizada por Santos (1999) sobre a mobilidade existente no mundo atual, onde os homens mudam de lugar, como turistas ou imigrantes, levando à *desterritorialização*. Para o autor, no lugar novo, passado o momento do atordoamento, as pessoas vão entendendo a nova realidade que as cerca, reaprendendo o que nunca foi ensinado, e substituindo sua ignorância por um conhecimento, mesmo que fragmentário. Ao contrário do que se acredita, quanto menos inserido no ambiente, mais surpreendido será o indivíduo e mais facilmente aprende. Tomando como referência as idéias de Santos (1999) acerca da *desterritorialização*, pode-se considerar que durante a internação dos filhos na UTIN, as mães passam por um processo de adaptação e necessitam adquirir um cabedal de conhecimentos que possibilite, no lugar novo, cuidar dos filhos e resgatar o que parecia perdido.

Roxo (P-129) observa que uma das atividades desempenhadas pelas mães, na UTIN, com maior frequência, é a passagem de dieta para os bebês, sendo que algumas mães se organizam para estar presentes nos horários da dieta.

Ainda no que se refere à participação da mãe na alimentação dos seus bebês, as observações permitiram conhecer que o fornecimento do leite materno pela mãe é um aspecto valorizado pela equipe. Em uma das situações, Rubi (M-17), após entrar na Unidade e assentar-se junto de seu bebê, foi abordada pela técnica de enfermagem que lhe perguntou: “*já tirou o leitinho já?*”. A outra situação ocorre quando Safira (M-22), que ainda estava internada na Maternidade do Hospital devido a complicações renais, vai a UTIN visitar o bebê e é questionada por uma técnica de enfermagem: “*Tirou o leitinho?*”.

Um aspecto que chama a atenção nessa situação relatada é o fato de a mãe não se encontrar bem clinicamente e talvez em condições de atender à demanda de fornecimento de leite materno. Nesse sentido, a valorização do aleitamento materno pelos profissionais de saúde, sem considerar as singularidades da situação vivida por cada mãe, pode soar para a mãe como uma cobrança de algo a que ela ainda não está preparada para corresponder.

Ao analisarem a participação da família no cuidado ao prematuro em uma UTIN, Gaíva e Scochi (2005) evidenciaram que a inserção da mãe no cuidado ocorre por etapas, sendo que a primeira delas é a produção do leite materno. Segundo as autoras, a mãe é percebida pela equipe como uma “*máquina de produzir leite*” e, quando recebe orientações, as mesmas se limitam aos cuidados com a mama, não contemplando as especificidades do processo de amamentação em situação de nascimento prematuro. Diante disso, as autoras destacam que a amamentação não deve ser percebida como responsabilidade apenas da mãe, fazendo-se necessário ativar as redes de apoio formal e informal para obter sucesso nessa prática.

Alguns cuidados como segurar o bebê no colo, limpar o bebê, passar a dieta e dar o banho foram expressos por Pérola (M-10), Ágata (M-15), Rubi (M-19), Ametista (M-30), Diamante (M-51), Âmbar (M-62), Turmalina (M-66), Azul (P-69) e Branco (P-96) como sendo também realizados pela mãe. Contudo, para realizar essas tarefas é necessário que as mães sejam autorizadas pelos profissionais de saúde. Turquesa (M-29) expressa que encontra dificuldades em compreender o que pode e o que não pode fazer, pois algumas técnicas de enfermagem permitem que ela troque a

fralda de seu bebê e outras, não. Em seu relato também fica expresso que fica em dúvida se é uma atribuição sua ou da técnica de enfermagem limpar a secreção que escorre da boca de seu filho.

Depreende-se, do discurso de Turquesa, a existência do que aqui se pode chamar de uma *zona de fronteira* no cuidado ao recém-nascido, que se caracteriza pela existência de ações de cuidado que poderiam ser desempenhadas tanto pela mãe quanto pelo profissional de saúde. Percebe-se, nos relatos dos participantes que, no espaço da UTIN, os profissionais de saúde ocupam o lugar de saber e, dessa forma, exercem um poder sobre a mãe em relação ao cuidado do recém-nascido. Esse poder é manifesto por meio do controle da ação materna, definindo quando é oportuno a mães participar do cuidado do filho e como deve ser essa participação.

O poder como forma de manter a disciplina e normatizar o comportamento foi expresso por Jade (M-45), ao relatar que seu bebê estava agitado e choroso. Então, pediu à técnica de enfermagem para colocá-lo no colo. A técnica lhe respondeu que ele estava assim porque ela estava perto dele, passando a mão nele. Verifica-se que, na situação relatada, a profissional coloca-se como alguém que protege o bebê contra a ação nociva da mãe, desconsiderando que ela passa por um processo de adaptação e aquisição de conhecimento acerca do cuidado do filho. Nesse sentido, mesmo que o toque da mãe esteja contribuindo para a desorganização do bebê, essa seria a possibilidade de o profissional orientá-la sobre a forma mais apropriada de tocar o filho, ajudando-a a desenvolver seu senso de confiança.

Esse achado tem suporte em Lupton e Fenwick (2001) que evidenciaram, em seu estudo, que os profissionais de saúde tendem a estabelecer limites, supervisionar as mães e, em alguns casos, repreendê-las ao se colocarem como ‘experts’ em relação ao cuidado do recém-nascido.

No entendimento de Foucault (1995), as relações de poder são constituídas de uma ação sobre a outra, logo, uma ação da mãe, desencadeia uma ação do profissional. Um aspecto a ser considerado nessa relação é que “*as pessoas sabem aquilo que*

fazem; frequentemente sabem por que fazem o que fazem; mas o que ignoram é o efeito produzido por aquilo que fazem” (FOUCAULT, 1995, p. 181-2).

Essa dimensão disciplinadora do poder tem como objetivo fabricar corpos que se manipulam e se modelam; é um poder que não se expressa claramente. Nesse caso, *“trata-se de captar o poder em suas extremidades, em suas últimas ramificações, lá onde ele se torna capilar; captar o poder em suas formas e instituições mais regionais e locais [...]”* (FOUCAULT, 2006, p.182). Pode-se afirmar, assim, que é nas relações cotidianas entre mães e profissionais que esse poder se manifesta, por meio dos ditos e não-ditos que vão sinalizando o lugar que cada um deve ocupar no espaço da UTIN.

Os relatos de Vermelho (P-122) e Azul (P-70) evidenciam que algumas ações maternas ameaçam o controle dos profissionais sobre o cuidado, o que gera tensionamento. Em seu relato, Vermelho evidencia como pontos de tensão, na relação entre a mãe e o profissional de saúde, as situações em que a mãe executa atividades de responsabilidade dos profissionais sem ter recebido o devido treinamento da equipe, como a troca de curativo de uma gastrostomia ou a aspiração de uma criança traqueostomizada. O relato de Vermelho é respaldado pelo de Azul (P-70), que observa que esse comportamento é mais presente naquelas mães que estão há mais tempo acompanhando seus bebês na UTIN e então acham que *“é pediatra, que é fisioterapeuta, que já é técnica, elas já acham que já é tudo. E não pode ser desse tanto, né?”*.

Depreende-se, dos relatos dos profissionais participantes que, nessa *zona de fronteira*, o poder é exercido ora pela mãe, ora pelos profissionais de saúde. Essa consideração vem ao encontro da perspectiva foucaultiana, que entende que as relações de poder são dinâmicas, sendo produzidas e reproduzidas por meio das atividades cotidianas e das relações sociais. Assim, o poder é exercido em rede, sendo que *“[...] nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer esse poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte e consentido do poder, são sempre centros de transmissão”* (FOUCAULT, 2006, p. 183).

Nessa lógica, devemos considerar que *“saber e poder implicam-se mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder”* (MACHADO, 2006, p.xxi). Assim, a presença da mãe na UTIN favorece para que construam um saber acerca do tratamento e dos cuidados do filho, ativando outras relações de poder dentro da UTIN, na medida em que buscam realizar algumas ações de cuidado.

Lupton e Fenwick (2001) contribuem com essa discussão ao analisarem as relações de poder estabelecidas entre mães e profissionais de saúde na UTIN, reafirmando a mobilidade do poder e evidenciando que as mães faziam tentativas, sutis ou explícitas, para exercer mais controle e resistir às tentativas da equipe para controlar a situação. Contudo, segundo as autoras, o lugar que os profissionais ocupavam e o conhecimento que detinham possibilitavam-lhes exercer mais controle da situação do que as mães.

Essa assertiva tem respaldo em Lamy (2000), que constatou que a permanência das mães na UTIN fez com que a equipe perdesse o domínio absoluto que detinha sobre o espaço e os bebês. No entanto, ao atribuir poderes à mãe, o profissional de saúde o faz de forma vigiada e, em algumas vezes, desautorizava iniciativas espontâneas da mãe, limitando suas possibilidades de participação.

Roxo (P-134) identifica a existência de atribuições que são exclusivas dos profissionais de saúde e aquelas que poderiam ser desempenhadas em maior proporção pelas mães como o banho e a troca de fraldas. Roxo (P-131) relata que, no cotidiano da UTIN, observa que a participação da mãe nessas atividades é reduzida e é diretamente proporcional ao interesse da equipe, principalmente dos profissionais de nível médio, em incluir a mãe. Para Roxo (P-134), o banho no recém-nascido, dado pela mãe deveria ser incorporado e estimulado pela equipe por se tratar de um cuidado que a mãe irá realizar em casa. Assim, ao ter essa experiência ainda no hospital, ela passaria a se perceber como capaz para realizá-lo quando fosse com o bebê para casa.

Um impedimento identificado por Lilás (P-111) para a mãe dar o banho no filho, na UTIN, deve-se ao quadro de instabilidade e gravidade que os bebês apresentam durante a internação. Mesmo não sendo uma prática constante, Lilás diz que já presenciou o banho do bebê pela mãe, nas situações em que o bebê estava internado há mais tempo e a mãe presente no cuidado.

No entendimento de Cravo (G-88), o banho do bebê pela mãe, em circunstâncias normais, é um cuidado determinado social e culturalmente, mas, no ambiente hospitalar, esse cuidado é retirado da mãe, demarcando, claramente, a apropriação do recém-nascido pelo profissional de saúde. Para Cravo, não existe justificativa técnica nem rotina que impeça que o banho seja dado pela mãe, uma vez que o critério para a realização do banho, tanto pelo profissional de saúde quanto pela mãe, é o mesmo: a estabilidade clínica do recém-nascido. A manutenção dessa conduta pelos profissionais, no entendimento de Cravo, pode estar relacionada à dificuldade de o profissional sair do que já está estabelecido como rotina e a sua limitação para vislumbrar outras possibilidades de cuidar.

O banho no recém-nascido, pela manhã, como uma prática da equipe de saúde foi também verificada por Griffin *et al.* (1998) e Gaíva e Scochi (2005), confirmando que a lógica de organização do trabalho está mais centrada nas rotinas e interesses dos profissionais do que nas necessidades do recém-nascido e de sua família.

Outro aspecto acerca do processo de trabalho da enfermagem na UTIN, evidenciado pelo diagnóstico realizado por Oliveira *et al.* (2006), é que a enfermagem, além de ter os instrumentos como seu objeto de trabalho, não possui uma compreensão da totalidade do processo de trabalho, o que leva a uma fragmentação da assistência. Para Duarte *et al.* (2009b), as mudanças no trabalho em saúde exigem que os profissionais busquem uma aproximação entre o planejamento e a execução do cuidado, possibilitando potencializar e ampliar as modificações que se fizerem necessárias para atender suas próprias necessidades, as dos recém-nascidos e as das famílias.

Buscando compreender o processo de trabalho na UTIN, utilizarei o que Merhy (1997, 2002) conceituou como *trabalho vivo* e *trabalho morto*. Para o autor, o *trabalho vivo* é aquele que acontece no momento do ato produtivo, tem como marca o auto-governo dos trabalhadores e um forte componente relacional. Já o *trabalho morto* refere-se aos saberes instituídos e estruturados, é produto de um trabalho anterior, seja ele material (instrumentos e equipamentos) ou imaterial (os saberes utilizados para a realização do cuidado).

O trabalho em saúde pode ser entendido como a interação entre *trabalho vivo* e *trabalho morto*, podendo ser comandado pelo *trabalho vivo* quando o cuidado for orientado pelo fazer criativo e centrado na relação, ou pelo *trabalho morto* quando for orientado pelos procedimentos e equipamentos. Nesse processo produtivo, tem-se a atuação de diversos tipos de tecnologias, sendo que a combinação dessas tecnologias é que definirá o modo de cuidar (CARVALHO *et al.* 2007).

Retomando o relato dos profissionais sobre o banho do recém-nascido na UTIN, depreende-se que esse cuidado é uma possibilidade para o fazer materno, contudo, essa possibilidade encontra-se reduzida na medida em que o banho é percebido como mais uma rotina a ser cumprida pelos profissionais de saúde, ou seja, o *trabalho vivo* é capturado pelo *trabalho morto*. Considerar a participação da mãe no banho do recém-nascido implica em olhar esse cuidado “*como ato produtivo de coisas e de pessoas*” (MERHY; FRANCO, 2006, p.279). Nessa perspectiva, tem-se um cuidado cuja finalidade/produto é um recém-nascido higienizado, mas que também envolve a relação do profissional de saúde com os usuários desse produto quais sejam, a mãe e o recém-nascido. Tomar essa dimensão do *trabalho vivo* implica em articulações e planejamento, em abandonar o que já foi determinado por uma rotina para criar possibilidades de um fazer compartilhado e criativo, produtor de novos modos de cuidar. Isso implica em equacionar os interesses e necessidades dos profissionais de saúde, recém-nascidos e mães uma vez que, no processo de trabalho em saúde, estão em jogo as necessidades e modos tecnológicos de agir, e a materialização do cuidado em saúde se dá por meio da combinação de tecnologias duras, leve-duras e leves (CARVALHO *et al.*, 2007).

Os dados revelam que há uma predisposição da equipe para construir novas possibilidades de participação materna. O relato a seguir retrata uma situação na qual o lugar da mãe e o do profissional de saúde estão claramente delimitados, evidenciando as possibilidades de cuidado de cada um:

Vermelho (P) realiza o exame clínico nos bebês que estão internados na Unidade. Algumas mães se encontram junto ao leito de seus bebês, uma carrega no colo, outra faz canguru e outras duas estão de pé ao lado do leito acariciando seus bebês. [...]. Vermelho aproxima-se do bebê de Pérola (M) e começa a examiná-lo. Pérola observa-a. A pediatra chama pela enfermeira e quando ela se aproxima mostra-lhe a perna esquerda do bebê que está avermelhada devido a um acesso venoso. Discutem o caso e concluem que pode ser pela posição da criança. Vermelho volta-se para a mãe e diz a ela que essa vermelhidão não é algo sério, mas é importante que a equipe fique mais atenta à perninha da criança. [...]. Ao terminar de examinar o bebê, Vermelho orienta a mãe a movimentar a perna do bebê de vez em quando (Pérola, M-116).

Tomando os discursos das mães participantes apresentados nessa sub-categoria, verifica-se que cuidado do filho na UTIN envolve atividades como tocar, acariciar, cantar, embalar, aconchegar, zelar, alimentar e dar o banho, sendo que as mães percebem essas atividades como algo inerente à prática da maternidade. Contudo, verifica-se que essas atividades, em alguma medida, também podem ser realizadas pelos profissionais de saúde, não sendo uma exclusividade materna. Dessa forma, o que diferencia o cuidado realizado pelas mães daquele realizado por outra pessoa?

Roxo (P-128) considera que as mães têm clareza de que oferecem ao filho um cuidado diferente daquele realizado pelo profissional de saúde, explicitando o seu lugar e o seu fazer: *“é meu filho, mesmo que esteja sob seu cuidado, é meu filho e eu estou aqui para ter o cuidado de mãe”*.

Essa percepção acerca dos cuidados maternos, atribuindo-lhe uma singularidade, conforme manifestado por Roxo tem sustentação em Kitzinger (1978), que considera que a qualidade dos cuidados dispensados ao filho talvez seja o que melhor caracteriza as mulheres como mães. A autora entende que ser mãe não é uma questão de técnica ou algo que se aprende em livros. As mães atuam de acordo com o que está ocorrendo no momento, e isso envolve emoções positivas e negativas, consideradas inerentes à prática da maternidade. Dessa forma, *“ser mãe*

não é adotar uma dada série de atitudes, mas sim de exprimir a própria personalidade respondendo com flexibilidade às necessidades da criança” (KITZINGER, 1978, p.165).

O discurso de Ametista (M-30) é revelador de que o que diferencia o seu fazer de mãe do fazer dos profissionais é o sentimento e a intencionalidade que ela coloca em suas ações. Para Ametista, esse cuidado está impregnado de afeto permitindo que sua filha o diferencie do cuidado realizado por outras pessoas “*ela (filha) sente quando eu estou fazendo (cuidando)*”. Não se trata aqui de considerar que o cuidado realizado pelos profissionais é desprovido de afeto, contudo trata-se de um fazer que tem como intencionalidade primeira um cuidado orientado pela técnica e pelo saber científico que favoreça a manutenção da vida do recém-nascido.

Fica evidente, nos discursos das mães e profissionais participantes, o imbricamento existente entre o fazer e o lugar da mãe na UTIN, onde o fazer da mãe determina o seu lugar no cuidado do filho e redefine suas possibilidades de ação dentro da UTIN num processo contínuo e dinâmico. Contudo o fazer materno mostra-se suscetível às limitações impostas pelo espaço assistencial da UTIN às condições clínicas do recém-nascido, e ao entendimento dos profissionais de saúde sobre as possibilidades de cuidado pela mãe.

6.1.5 Limites para a participação materna no cuidado do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Essa subcategoria foi construída a partir dos discursos de profissionais e mães que revelam que o ambiente e o funcionamento da UTIN, o cuidado aí realizado e o perfil das crianças atendidas estabelecem limites para a participação materna no cuidado.

Crisântemo (G-164) expressa que uma de suas preocupações, devido ao livre acesso que a mãe tem ao filho internado na UTIN, é com a infecção hospitalar. Ele relata que observa que as mães colocam todo o braço dentro da incubadora para acariciar

seus bebês, mas nem sempre elas fazem a higienização até a altura do cotovelo. Ao mesmo tempo, Crisântemo pondera que observa esse comportamento presente também nos profissionais que atuam na UTIN.

A preocupação com a disseminação de infecções nas maternidades e berçários levou à adoção de práticas de isolamento e separação entre pais e bebês na década de 40 (KLAUS; KENNEL, 1978). Tais medidas foram mantidas até a década de 70 quando foram realizadas pesquisas comprovando que a entrada dos pais nos berçários não aumentava a taxa de infecção (DAVIS *et al.*, 2003).

Dentre os estudos que deram destaque a essa temática, está o realizado por Barnett *et al.* (1970) do qual participaram quarenta e uma mães, que foram autorizadas a entrar na enfermaria e tocar seus bebês, no segundo dia após o nascimento enquanto ainda estavam na incubadora. Durante todo o período em que foi permitida a entrada da mãe na Unidade, foi realizada semanalmente cultura do umbigo, da pele e das narinas dos bebês e comparadas com as taxas de infecção do período em que os pais não eram autorizados a entrar na enfermaria. Os resultados do estudo de Barnett *et al.* (1970) evidenciaram que não houve aumento das taxas de infecção, assim como a presença das mães não atrapalhou a organização do cuidado na Unidade.

Um aspecto expresso por Crisântemo é a fragilidade no cumprimento das normas relacionadas à higienização das mãos tanto por parte de profissionais quanto das mães. Isso indica a necessidade de serem intensificadas práticas educativas voltadas para pais, visitantes e trabalhadores com relação às medidas de controle de infecção hospitalar, entendendo que o cumprimento dessas medidas é uma atribuição de todos que circulam pela UTIN. Na medida em que pais e mães são orientados sobre as medidas a serem tomadas para evitar a infecção hospitalar, eles também podem se tornar agentes de controle assegurando o cumprimento dessas medidas dentro da UTIN.

Os discursos dos profissionais e das mães evidenciaram que a gravidade dos bebês e a imprevisibilidade no processo de trabalho na UTIN constituem-se fatores

limitantes para o cuidado materno. No caso de Ametista (M-33), a filha tem sentido muitas dores abdominais devido a uma infecção, o que lhe impossibilita segurar a filha no colo. Na situação de Diamante (M-55 e 49), o filho sofreu uma fratura na perna esquerda, sendo necessária sua imobilização no leito por um período prolongado. Devido a isso, os cuidados que Diamante já vinha realizando como a troca de fraldas e o canguru, passaram a ser realizados pela equipe. Nas duas situações relatadas, as mães expressaram que compreendem que essa limitação é imposta pela condição clínica dos filhos e que a realização de manuseios excessivos ou inadequados podem ser geradores de sofrimento para eles.

Para Laranja (P-104-105), o excesso de trabalho e a falta de tempo são fatores que comprometem o envolvimento da mãe no cuidado pois, quando a Unidade está tranquila, o profissional tem tempo de realizar os atendimentos com mais calma e chamar as mães para “*fazer canguru*”. De acordo com Cinza (P-147), nas situações de intercorrência, nem sempre as mães entendem a impossibilidade de o profissional atendê-las prontamente quando os solicitam para colocar o bebê no colo.

Depreende-se do relato de Ametista, Diamante, Laranja e Cinza, as variabilidades presentes no cuidado na UTIN e que, para Merhy (1999, p. 309), é a marca central do processo produtivo em saúde, que está “*sempre a operar em alto grau de incerteza e é marcado pela ação territorial dos atores em cena, no ato intercessor do agir em saúde*”.

As possibilidades para o cuidado materno são influenciadas pela mudança no quadro clínico do bebê e pelas intercorrências, que redirecionam as prioridades do cuidado na UTIN. Dessa forma, os profissionais são obrigados a conviver, cotidianamente, com o instável e a fazer escolhas. Tais escolhas devem obedecer a critérios de priorização, orientados por valores éticos, de forma a causar o menor dano possível ao recém-nascido. Para Bonaldi *et al.* (2007) e Louzada *et al.* (2007), nessas situações de imprevisibilidade, os profissionais são convocados a gerir o trabalho de forma a construir alternativas que escapam à norma escrita de forma a responder ao instável, e isso implica em tomar decisões, que nem sempre estão

isentas de conflitos. Um caminho apontado pelas autoras é orientar as escolhas por valores dimensionáveis, que seriam aqueles mensurados por quantitativos, pelas normas de funcionamento, e por valores não dimensionáveis, ou seja, não-mensuráveis, entendidos como bem-estar, atendimento digno, acolhimento e solidariedade.

Os limites para o cuidado materno são também impostos pelo desgaste físico e emocional vivenciado pela mãe, como expressa Diamante (M-56). Ela relata que se sente culpada, pois há dias que não consegue ficar por períodos prolongados junto ao filho na UTIN. Em outro estudo realizado na Instituição cenário desta pesquisa, viu-se a permanência no hospital durante a internação do filho na UTIN, adicionada à vivência da situação de risco contínua dos filhos, impossibilitou as mães de cuidar de si próprias, com sinais evidentes de cansaço físico e mental (DITZ *et al.*, 2008).

Em seu relato, Azul (P-72) afirma que existem alguns cuidados que são de responsabilidade da técnica de enfermagem que acompanha o recém-nascido, *“por isso que a gente acompanha os meninos delas (das mães) 24 horas”*, devido a isso ela se preocupa com a possibilidade de acontecer intercorrências quando é a mãe que está realizando o cuidado, como o bebê aspirar durante a passagem da dieta ou acontecer uma extubação acidental ao manipular o bebê. Azul reconhece que o atraso no horário da dieta deixa as mães ansiosas, mas considera que esse atraso é menos prejudicial para o bebê uma vez que *“não mata o menino dela, se ela vai dar dieta pro menino, se o menino está voltando dieta sem observação, pode matar o filho dela”*.

Depreende-se do relato de Azul, que a participação da mãe não exime o profissional de sua responsabilidade no cuidado, e, sim, reorienta o seu foco de intervenção. Tomando como exemplo a situação da passagem de dieta para o recém-nascido, o profissional de saúde é o executor dessa tarefa quando a mãe está impossibilitada de participar, mas na possibilidade de a mãe passar a dieta, o profissional continua se responsabilizando pelo cuidado, mas o foco de sua ação é orientar e acompanhar a mãe. Um aspecto a ser levado em conta é que tanto a mãe quanto o profissional estão susceptíveis aos mesmos riscos durante os cuidados

que podem ser realizados por ambos. Assim, para a realização do cuidado, é importante que a mãe seja orientada pelo profissional sobre a forma adequada de realizá-lo e as possibilidades de haver intercorrência, permanecendo próximo da mãe durante todo o procedimento.

No que se refere ao processo de trabalho em saúde, um aspecto evidenciado por Cravo (G-86) são as rotinas de trabalho que acontecem descontextualizadas do cuidado oferecendo limites às possibilidades de cuidado materno. Como exemplo, Cravo utiliza-se do banho do recém-nascido que é realizado todas as manhãs, tão logo as técnicas de enfermagem assumem o plantão. Apesar de ser uma prática comum, não apenas no cenário deste estudo, como em outras instituições, Cravo entende que ela expressa uma limitação dos profissionais para olhar criticamente para a assistência e avaliar o melhor momento em que pode ser oferecida.

Para indicar a necessidade de modificar essa prática, Cravo utiliza de uma argumentação técnica que recomenda que o banho só deva ser realizado após a avaliação do recém-nascido pelo enfermeiro, a fim de verificar se ele apresenta condições clínicas que permitem a realização desse procedimento. Contudo, se todos os banhos são realizados na primeira hora do plantão, o enfermeiro não tem tempo para realizar essa avaliação.

Cravo fala ainda de algumas tentativas para modificar essa rotina na Instituição, inclusive alterando outras rotinas, como o horário de medicação e a troca de soroterapia, para que as técnicas de enfermagem tivessem mais flexibilidade de tempo para a realização do banho e, mesmo assim, não houve adesão da equipe. Para Cravo (G-92), o fato de os técnicos de enfermagem terem conhecimento de que o cuidado deve ser orientado pelas necessidades do recém-nascido não assegura a mudança em sua prática. O que tem se mostrado é que o cuidado permanece limitado aos aspectos técnicos ou ao cumprimento de rotinas.

No entendimento de Duarte *et al.* (2009b), mesmo que esteja patente que o trabalho em saúde exige outras formas de organização, ainda prevalece um cuidado orientado por procedimentos, rotinas e normas, sendo que essa lógica se opõe à

construção da integralidade. Para Gomes *et al.* (2007), ainda que as rotinas e protocolos apóiem as ações de saúde, elas não devem estar limitadas a eles, tendo em vista a singularidade das situações que emergem no cotidiano do cuidado em saúde.

Nesse contexto, deve-se considerar que sustentar práticas de saúde descontextualizadas e engessadas por normas e técnicas reduz a possibilidade de construção da alteridade materna no cuidado do recém-nascido na UTIN. Transformar práticas de saúde implica em uma análise cotidiana do fazer para se buscar uma sintonia entre as necessidades de cuidado e práticas “desejáveis” para satisfazê-las. Isso implica olhar o outro, permitir ser olhado, conviver com a diversidade e o subjetivo e estar aberto a novos modos de viver a vida.

A partir do discurso dos profissionais, foi possível identificar que a concepção de cuidado que orienta a prática dos profissionais de saúde, está balizada por um fazer técnico que nem sempre assegura o atendimento das necessidades de saúde do recém-nascido e de sua família. Para Laranja (P-106), uma das limitações para a participação da mãe no cuidado do filho na UTIN está no entendimento dos profissionais sobre o que é o cuidado, uma vez que alguns têm a concepção de que cuidar é apenas realizar procedimentos como aspirar, trocar fixação e entubar, esquecendo-se dos outros aspectos do cuidado como se relacionar com o outro, colocar-se no lugar do outro. No entendimento de Laranja, o fato de o profissional trabalhar em uma instituição que reconhece esses valores do cuidado não é o bastante para promover a mudança de atitude, pois isso, depende também da disponibilidade pessoal e da abertura para aprender e experienciar outros modos de cuidar.

A dificuldade dos profissionais de reconhecerem algumas atividades como passar a notícia para os pais como inerente ao cuidado prestado ao recém-nascido foi manifestada por Gerânio (G-160). Em sua percepção, a rotina da passagem de notícias, muitas vezes, ocorre como o cumprimento de um protocolo pelo profissional médico sem o estabelecimento de uma interação dialógica que permita ouvir e esclarecer as dúvidas da mãe.

Para Cinza (P-149, 151) alguns profissionais não compreendem que a relação com a mãe também faz parte do cuidado com o recém-nascido, e assumem a postura de que *“eu não estou aqui prá ficar agradando mãe não, eu estou aqui prá cuidar”*.

Os discursos de Laranja, Gerânio e Cinza evidenciam a limitação dos profissionais para incorporar em sua prática as múltiplas dimensões do cuidado, que implica na utilização de instrumental tecnológico, mas também na subjetividade inscrita na relação entre profissional de saúde e mães/familiares do recém-nascido.

Para Ayres (2001), as práticas de saúde estão atreladas a significados como tratar, curar e controlar, e que trazem em si a noção de uma relação estática e objetificadora. O autor aponta, como uma possibilidade de transformação das práticas de saúde, o seu distanciamento da referência de intervenção e sua aproximação da idéia de cuidado, uma vez que cuidar *“passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas”* (AYRES, 2001, p. 71).

Essa perspectiva do cuidado está em consonância com um dos sentidos da integralidade defendido por Mattos (2001), que desafia o profissional de saúde a escapar do reducionismo e fazer uma leitura ampliada das necessidades de saúde das pessoas. Para tal, Bonet (2004) considera que se faz necessária a transição de uma prática de saúde que tem como objetivo tratar, para outra que se propõe a cuidar, envolvendo, além do saber profissional e do uso das tecnologias necessárias, a negociação, e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades dos outros.

Nessa lógica, o cuidado ao recém-nascido não tem como finalidade apenas a manutenção e o prolongamento da vida, mas também a apreensão ampliada de suas necessidades de saúde, o que, para Lacerda e Valla (2004, p. 95), implica em deslocar o foco das práticas de saúde *“da cura das patologias para o cuidado dos sujeitos doentes”*.

Exercitar esse deslocamento na produção do cuidado em saúde cria a possibilidade para o surgimento do que Merhy (2002) denomina de *espaços intercessores*. Para o

autor, esse é o lugar onde se realiza o *trabalho vivo* e onde se cruzam as relações entre os múltiplos agentes e seus diferentes interesses e expectativas. É o lugar das vozes e da escuta, o que pressupõe a disponibilidade de estar presente para o outro, e isso implica na incorporação de outro arsenal tecnológico: as *tecnologias leves*. Tais tecnologias se traduzem na construção de relações de vínculo, acolhimento e aceitação e se expressam no *espaço intercessor* formado entre profissionais de saúde e usuários possibilitando, tanto gerar novas tecnologias, como também transformar a própria lógica do processo de trabalho.

O discurso de Cravo (G-84) evidencia que uma das maiores dificuldades para a participação da mãe no cuidado são os limites impostos pela prática do profissional. Em seu entendimento, a mãe está aguardando uma sinalização da equipe para ampliar as suas possibilidades de cuidado do filho, mas a mãe somente vai aprender a cuidar do filho na UTIN se ela tiver oportunidade para isso “*e nós oportunizamos muito pouco dentro de tudo que poderia ser feito junto com essa mãe*”.

Para Roxo (P-159), um fator que está associado à falta de reconhecimento, mais especificamente por parte da equipe médica, da importância de incluir outras pessoas no cuidado, como a mãe, se deve ao processo de formação que ainda sustenta que o médico é o detentor do saber. Dessa forma “*eu (médico) fui formado para cuidar do seu filho, então o que eu falo é o melhor para ele*”.

Depreende-se, do relato de Cravo e Roxo, que as práticas profissionais são determinadas por um processo de formação que valoriza os aspectos biológicos, o enfoque curativo e uma hierarquização do saber. Para Feuerwerker, (2000) o enfoque nesses aspectos é resultante da perpetuação de modelos essencialmente conservadores pelas instituições de ensino que são consoantes com a ciência positivista em detrimento das sensações, impressões, afetos e tudo o que se apresenta como subjetivo.

Para Heckert (2007, p.204), a perspectiva de formação tecnicista traz em si a noção de cuidado como um processo individual de proteção do corpo e da saúde e

marcado por “*relações de poder que desprezam o que os próprios sujeitos definem e anunciam como problema em suas vidas cotidianas*”.

Por outro lado, Foucault (2004) considera a existência do deslocamento do poder entre os sujeitos, o que lhes possibilita o exercício da liberdade. Todavia, quando, nas relações de poder, prevalecem os estados de dominação, o poder perde essa mobilidade e, conseqüentemente, impede os sujeitos de transformar e praticar a liberdade. Ao tomarmos a situação relatada por Roxo acerca da postura adotada pelo profissional médico, verifica-se que o problema não está no fato de o médico decidir sobre o que considera ser o melhor para a criança, e sim em criar um estado de dominação que impossibilita o exercício da liberdade de ação da mãe, submetendo-a à autoridade arbitrária do médico. O desafio está em criar práticas de cuidado que negam o caráter absoluto do poder, viabilizando um cuidado que reconheça o outro em sua alteridade.

Os dados permitem considerar que, para atender às necessidades de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado, faz-se necessário atentar para outras possibilidades de formação que permitam um novo pensar, um novo fazer e novas relações. E isso requer a incorporação de outros dispositivos. Para tanto, Silva e Tavares (2004) afirmam que um caminho é adotar uma pedagogia que permita o aprendizado a partir da própria realidade, possibilitando conhecer o mundo para atuar em cooperação com os demais sujeitos. Essa metodologia é também defendida por Silva e Sena (2008), que entendem que a exposição aos problemas reais da prática potencializa a relação existente entre a reflexão sobre a realidade/teorização/ação/reflexão na produção do agir em saúde.

Madeira *et al.* (2007) concordam com essa assertiva ao afirmarem que é a vivência das práticas cuidadoras que possibilita a retroalimentação entre saberes e fazeres. As autoras sustentam a escuta como um dispositivo transformador de sujeitos e práticas na medida em que ela possibilita a apreensão das necessidades mais amplas dos sujeitos. Nessa perspectiva, Carpara (2007), defende a necessidade de que sejam implementadas mudanças gerenciais, organizacionais e estruturais nos serviços de saúde para articular avanços tecnológicos e acolhimento, melhores

condições de trabalho e capacidades de escutar. Como estratégia de mudança, também indica a adoção de metodologias que favoreçam a reflexão a partir de experiências concretas.

Ao tratar da educação em saúde, Pinheiro e Ceccim (2006, p. 15) destacam a necessidade de pensar a formação sob duas óticas, a primeira diz respeito à educação permanente em saúde e a segunda refere-se à *“centralidade da integralidade em saúde como uma noção constitutiva e constituinte de saberes e práticas que possibilita superar a modelagem do ensino e dos serviços centrados em procedimentos”*.

Pode-se inferir que a busca pela integralidade da assistência ao recém-nascido implica na superação do modelo de formação vigente, por meio de um aprendizado compartilhado considerando os múltiplos saberes e experiências. Dessa forma, os serviços de saúde mostram-se espaços privilegiados para a formação em saúde, uma vez que, nos espaços formais e informais de conversa, nos encontros entre profissionais e usuários, reside a possibilidade de questionar e reinventar o cuidado, para alcançar o objetivo de produzir saúde.

6.2 CONSTRUÇÃO DO CUIDADO MATERNO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Os discursos das mães e dos profissionais que compõem esta subcategoria evidenciam as transformações que ocorrem no cuidado do recém-nascido internado na UTIN. Mesmo existindo fortes traços de uma prática orientada pelo modelo biomédico, os discursos e as observações permitem conhecer situações concretas que mostram novas formas de cuidar na UTIN, incluindo novos atores e novas tecnologias.

Sobre essas transformações, utilizo as reflexões de Santos (1999), acerca dos processos de mudança no meio ambiente construído. Para o autor, a paisagem

atual é formada a partir de um processo de supressão, acumulação e superposição, mas não deixa de trazer, em si, representações de um tempo do passado. Essas representações são heranças que revelam as combinações que eram possíveis em um dado tempo e lugar.

Diante disso, deve-se considerar que as mudanças na assistência ao recém-nascido na UTIN não implicam em negar o que existe, visto que sua criação foi para dar respostas a uma necessidade de cuidado do recém-nascido. São as implicações desses resultados, tanto para a assistência ao recém-nascido, quanto para as relações entre mãe, recém-nascido e profissionais, que sinalizam para o constante repensar das práticas nesse espaço assistencial.

Para Scochi (2000), o aumento da sobrevida do prematuro traz a necessidade de outras formas de atendimento “[...] *como o afeto, o vínculo, o acolhimento, o desenvolvimento integral da criança e da família, a assistência multiprofissional, o seguimento a longo prazo, a desospitalização, dentre outras.*” (SCOCHI, 2000, p. 90).

Em seu relato, Ametista (M-36) destaca que o livre acesso à UTIN e as condições de permanência na Instituição durante todo o período de internação foram primordiais para que ela participasse do cuidado da filha.

A situação de Ametista, residente no interior do Estado e sem parentes em Belo Horizonte, assemelha-se à de outras mães que têm seus filhos internados na Instituição. Em 2008, das mães que permaneceram na Casa de Sofias, 67% eram procedentes de outras cidades do Estado (HSF, 2008). Isso se deve à abertura institucional para o atendimento às usuárias do SUS, tornando-se uma Maternidade de referência tanto para o Estado quanto para a Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Os relatos dos participantes revelam que na história institucional, um dos fatores determinantes da criação de condições de permanência da mãe na Instituição reside no reconhecimento da importância da mãe junto do filho por usuários,

profissionais, gestores e comunidade local. Outro aspecto está relacionado à busca pela assistência integral, expressa na missão institucional, evidenciando o compromisso de que, no cuidado ao recém-nascido, seja também considerada sua mãe/família. Na medida em que o HSF tem abertura para o atendimento aos usuários do SUS, recebendo gestantes e recém-nascidos de diferentes localidades, é necessário que a Instituição crie estratégias para atender às especificidades dessas mulheres que se justificam pela necessidade de permanência da mãe junto de seu filho.

Na situação relatada por Ametista, fica expresso que a ausência de restrições para a permanência da mãe na UTIN não se mostra suficiente para atender às necessidades de cuidado do recém-nascido e sua mãe/família e criar condições favorecedoras da participação da mãe no cuidado. É a existência de outras características no Serviço que permitem atender a essas necessidades ampliadas de saúde, aqui entendida como um direito social que não se limita às ações de recuperação, reabilitação, promoção, prevenção, envolvendo, dentre outras, as condições de vida e emocionais (MELO, E. M., 2005).

Com base na autora, o cuidado em saúde pode ser entendido como um fenômeno mais amplo onde a criação de serviços e de práticas cuidadoras é orientada pelas particularidades dos usuários. Isso nos permite inferir que, no cenário de estudo, a capacidade de responder às necessidades de cuidado do recém-nascido e sua mãe/família, é potencializada, na medida em que o Serviço se organiza e cria alternativas para atender às especificidades de seus usuários, como o oferecimento de condições para a permanência das mães.

Girassol (G-78) entende que a assistência à mãe deve contemplar todos os aspectos da vida, que incluindo *“os medicamentosos, o social e o psíquico”*, o que demanda um trabalho multiprofissional para que essa assistência à mãe não fique limitada ao ponto de vista de apenas uma categoria profissional.

Essa assertiva de Girassol evidencia que a presença da mãe na Instituição - assim como as estratégias que sustentam essa prática -, é orientada pela integralidade,

na medida em que a Instituição se propõe a desenvolver uma prática como descrita por Mattos (2001). Tal prática tem, como princípio, oferecer resposta ao sofrimento do usuário que procura o Serviço de Saúde. Essa resposta não deve reduzir-se aos aspectos biológicos. Por meio da escuta, os profissionais devem apreender além das demandas explícitas dos usuários no que diz respeito à saúde, reduzindo os riscos de criar silenciamentos.

Nessa perspectiva, há que se considerar ainda o trabalho multiprofissional, como apontado por Girassol, necessário à construção da integralidade uma vez que, nessa atuação profissional, tem-se a articulação de diferentes saberes e fazeres ampliando as possibilidades de apreender as necessidades de saúde do recém-nascido e de sua família.

Essa consideração tem suporte em Gomes *et al.* (2005, p. 114), quando entendem que *“a presença de múltiplos saberes e práticas, de diferentes processos de trabalho numa mesma equipe, aponta para a prática da integralidade quando não se restringe às atuações individuais ou pontuais dos profissionais”*. Ao refletirem sobre o trabalho em equipe, os autores utilizam a metáfora de uma orquestra onde diferentes instrumentos executam melodias distintas, mas somente com a reunião do conjunto de melodias é que se alcança a obra desejada, pois uma peça sinfônica depende da multiplicidade tímbrica dos sons mais perceptíveis aos mais sutis.

Acerca do trabalho em equipe, Peduzzi (2007) considera que, mesmo existindo um reconhecimento sobre a pertinência do exercício de uma prática multiprofissional, prevalecem, no cuidado em saúde, as práticas que colocam em um segundo plano ações de caráter preventivo educacional, psicossocial e comunicacional em favor da racionalidade biomédica, criando obstáculos para a incorporação e a integração entre os diferentes saberes e para uma atuação na perspectiva da multiprofissionalidade. Para a autora, o trabalho em equipe demanda uma mudança na lógica que orienta os processos de trabalho e deve ser reconhecido como um valor, tanto no modelo assistencial das instituições quanto na prática dos profissionais dos Serviços.

No entendimento de Silva e Sena (2008), o trabalho em equipe demanda uma atuação integralizadora e unificada dos profissionais no gerenciamento e na produção dos atos de saúde, tendo como foco as demandas e necessidades da pessoa cuidada. Para tanto, Bonaldi *et al.* (2007, p. 56) consideram a necessidade de incorporar novos dispositivos que viabilizem a construção do trabalho em equipe, aqui entendido como “*mais do que diferentes categorias profissionais atuando no mesmo espaço ou no mesmo “objeto” /alvo de intervenção: pressupõe a tessitura de um saber-fazer comum, um fazer com*”.

Nessa lógica, podemos referenciar a discussão de caso clínico como uma estratégia concreta a ser estimulada nos Serviços de Saúde, favorecedora do exercício da polifonia existente na prática multiprofissional para a produção do cuidado. Para que seja uma estratégia potencializadora de mudanças, deve-se considerar a participação de diferentes profissionais, num exercício integrador dos saberes e tecnologias disponíveis, transformando os seus fazeres e construindo planos terapêuticos que possibilitem apreender as amplas e complexas necessidades de saúde do recém-nascido e sua família.

Ametista (M-34) relata que, durante sua permanência na UTIN, ficava observando a técnica de enfermagem realizar os cuidados com sua filha até que perguntou se ela mesma poderia realizar a troca de fralda. Ametista fala que, nas primeiras trocas de fralda realizadas por ela, a técnica de enfermagem ficava próxima observando-a, “*agora eles (profissionais) já sabem que eu troco*”. No caso de Rubi (M-20), a iniciativa de envolvê-la no cuidado da filha partiu da técnica de enfermagem que lhe perguntou se ela gostaria de aprender a trocar a fralda da filha.

O discurso de Ametista e de Rubi permite-nos utilizar o que Merhy (1997) define no processo de trabalho em saúde como *dimensão cuidadora*, que consiste em um espaço para além da clínica, não sendo específico de nenhum campo profissional, mas sim um território para a atuação de todos. Nesse espaço operam, predominantemente, as tecnologias leves, e se configura como o ponto de maior interseção entre trabalhadores e usuários e com grande potencial para produzir um cuidado alicerçado nos princípios da integralidade. Verifica-se que, nas situações

relatadas por Ametista e Rubi, as tecnologias leves foram ordenadoras da cadeia do cuidado, na medida em que houve espaço para Ametista negociar sua participação no cuidado da filha e, no caso de Rubi, a profissional não se limitou à ação rotineira e criou possibilidades para a participação da mãe no cuidado. Pelo exposto, os relatos das participantes indicam que, mesmo que o cuidado ao recém-nascido internado na UTIN seja marcado por determinismos, que visam assegurar os melhores resultados para os problemas de saúde, observa-se a existência de uma margem para o alargamento da *dimensão cuidadora*, possibilitando ao profissional escapar ao que foi instituído e criar possibilidades para a participação da mãe no cuidado.

Os relatos de Rubi e Ametista permitem inferir que as mães trazem consigo inúmeras possibilidades para contribuir com o cuidado do filho. Contudo, sua participação depende das oportunidades que lhe são oferecidas, no espaço da UTIN, para realizar o cuidado. Isso permite também considerar que a participação da mãe no cuidado está limitada à capacidade de percepção do profissional e a sua habilidade para construir, com a mãe, essa participação. Essa consideração também foi constada no relato de Cravo (G-82) e Laranja (P-103), ao expressarem que a participação da mãe ainda não foi explorada em suas possibilidades. Para Cravo, houve avanços na assistência ao recém-nascido decorrente da presença da mãe na UTIN, mas as possibilidades de participação da mãe não são plenamente exploradas porque o cuidado se dá a partir do entendimento do profissional sobre como a mãe pode participar e não na perspectiva de uma construção conjunta.

No entendimento de Cinza (P-145), o profissional que acompanha o recém-nascido deve estimular a presença e a participação da mãe no cuidado do filho. Por isso, ao perceber que a mãe não tem ido à Unidade, telefona para a Casa de Sofias estimulando-a a ir à UTIN ficar com o bebê.

Em uma situação observada (Âmbar, M-59), uma profissional orienta a mãe a tocar seu bebê utilizando toda a palma da mão de forma firme e constante, e, em seguida, estimula a mãe a identificar os sinais comportamentais emitidos por seu bebê ao ser tocado. Após essas orientações, a profissional mostra para a mãe que a

fralda que o bebê está utilizando é um tamanho maior que o indicado, dificultando o posicionamento adequado dos membros inferiores. Junto com a mãe a profissional faz uma adaptação na fralda para adequá-la ao tamanho da filha e a mãe se oferece para adaptar as outras fraldas.

O relato da situação evidencia que a intervenção realizada pela profissional criou possibilidades para a mãe cuidar de seu bebê. Essa consideração é sustentada por Aagaard e Hall (2008) que ainda defendem que a participação da mãe no cuidado deve fazer parte do plano de cuidados do recém-nascido na UTIN, não podendo ser relativizada com base na opinião de cada profissional. No estudo realizado por Wigert *et al.* (2006) foi expresso pelas mães que durante a internação do filho na UTIN, elas tinham sentimentos que se alternavam entre a exclusão e a participação no cuidado, com o predomínio do sentimento de exclusão. As pesquisadoras concluíram que o sentimento de participação materna estava relacionado à existência de diálogo com o profissional que cuidava do recém-nascido.

Como uma forma de favorecer a participação da mãe no cuidado, autores como Pridham (1998) e Heermann *et al.* (2005) defendem a inclusão da *participação guiada* no plano de cuidados do recém-nascido internado na UTIN. A *participação guiada* é um processo pelo qual uma pessoa com experiência ajuda a outra pessoa com menos experiência a desenvolver habilidades para desempenhar atividades da vida cotidiana que são significativas. No contexto da assistência ao recém-nascido internado na UTIN, a *participação guiada* consiste em o profissional de saúde acompanhar a mãe enquanto ela cuida do bebê. De acordo com os autores, a *participação guiada* é mais do que orientar e responder a perguntas. É uma forma de envolver a mãe no cuidado e de auxiliá-la a desempenhar atribuições relacionadas à prática da maternidade.

Um aspecto a ser considerado é que, mesmo que alguns relatos dos profissionais participantes deste estudo apontem intervenções favorecedoras da participação materna, foi evidenciado tanto pela observação participante quanto pelos relatos dos informantes que, no cenário da pesquisa, essas ações não estavam incorporadas ao fazer cotidiano dos profissionais de saúde, ocorrendo em situações específicas.

Pode-se considerar que a ocorrência de situações que possibilitam a participação materna deve-se à existência de profissionais que Laranja (P-102) descreve como aqueles que “*aceitam*” os familiares e aqueles que são “*devotos*” dos familiares. Para Laranja, os “*devotos*” são aqueles que se responsabilizam por negociar com o restante da equipe a possibilidade de a mãe realizar alguns cuidados com o bebê, como o cuidado mãe canguru.

O discurso de Cravo (G-87) evidencia a necessidade de mudanças na forma de planejar e realizar o cuidado na UTIN com vistas a criar possibilidades para a participação da mãe. Cravo utiliza a rotina do banho dos bebês para exemplificar como a equipe poderia estabelecer acordos com a mãe e incluí-la nessa atividade. Cravo relata que as mães começam a chegar à UTIN por volta das oito e meia, pois, antes, elas tomam o café da manhã, retiram o leite materno e se arrumam para ir ao Hospital. Assim, quando as mães chegam à Unidade, a maioria dos bebês já tomou o banho. No entendimento de Cravo, uma forma de possibilitar a participação da mãe no banho do filho seria o profissional combinar com ela para chegar mais cedo à Unidade.

Depreende-se, do relato de Cravo que, mesmo sendo constatada a existência de uma fragilidade na participação da mãe no cuidado e mesmo levando-se em conta as especificidades do contexto da assistência ao recém-nascido na UTIN, são expressas possibilidades de construção dessa participação.

O relato de Cravo traz ainda elementos que permitem refletir sobre a disputa de interesses existentes na produção do cuidado do recém-nascido na UTIN e de caminhos possíveis para que essas disputas não se configurem, necessariamente, em conflitos. Apreende-se, desse relato que, no cuidado do recém-nascido na UTIN, temos o envolvimento de diversos atores como técnico de enfermagem e de radiologia, médico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, que trazem para essa arena a disputa de interesses individuais e coletivos, como realizar procedimentos específicos de seu núcleo profissional e garantir a sequência das atividades da cadeia de cuidado. Na situação do banho do recém-nascido, a participação da mãe implicaria em incluir mais um ator nessa arena de disputa, o que pode provocar

situações de conflito ou possibilitar mudanças no processo de trabalho, como a organização da cadeia do cuidado orientada pelas necessidades do recém-nascido e pela disponibilidade materna.

Acerca da participação da mãe no cuidado, Carvalho *et al.* (2007) realizaram um estudo de caso que analisou o cuidado dispensado pela mãe e pela equipe de saúde no domicílio, observando o manejo na produção do cuidado ofertado à criança. Os autores constataram a existência de uma disputa de projetos entre a equipe de saúde e a mãe, assim como diferenças no modo como produzem o cuidado. Mesmo que na produção do cuidado ambos operem as tecnologias duras, leve-duras e leves, no caso da equipe de saúde, o cuidado é guiado pelas tecnologias duras, enquanto a mãe utiliza as tecnologias leves para guiar o cuidado. Outro aspecto evidenciado pelos autores foi que a inclusão do familiar como cuidador produz tensões, mas é também percebido como um novo aliado que pode colaborar para o aprimoramento do cuidado em saúde. Contudo, essa possibilidade dependerá de como a equipe lida com o compartilhamento da produção do cuidado.

Emerge, do relato de Cravo, que a possibilidade de participação da mãe no banho do recém-nascido está calcada na utilização de práticas comunicativas que permitam a negociação e a pactuação entre o profissional e a mãe. Uma forma de lidar com as tensões e assimetrias existentes na produção do cuidado é a instituição de *praças de conversa*, entendidas por Merhy (2006) como um espaço onde os diferentes atores envolvidos no cuidado possam expor seus projetos, desejos e necessidades frente a um determinado assunto que envolve o grupo. Dessa forma, esse espaço pode favorecer que mães e profissionais manifestem seus interesses, e que eles sejam matéria-prima para a negociação e a construção coletiva de alternativas, onde recém-nascido e mãe também sejam protagonistas.

Para Gerânio (G-158), a participação da mãe no cuidado está diretamente relacionada ao entendimento que ela tem sobre as condições de saúde do filho. Sendo assim, se a mãe tem acesso às informações sobre o filho, fica “*coesa no cuidado*”. Na percepção de Gerânio, a passagem de notícias para os pais ainda é

uma fragilidade da equipe, fazendo-se necessária a reorganização dessa rotina de forma que aconteça regularmente.

Tomando como referência as idéias de Hannah Arendt para refletir acerca das questões apontadas por Gerânio, há três atividades essenciais para se compreender o ser humano: o *labor*, o *trabalho* e a *ação* (ARENDR, 2004). O *labor* é o processo biológico do corpo humano, é ele que assegura a sobrevivência do próprio indivíduo e da espécie. O *trabalho* é entendido como o artificialismo da vida humana, é a supervalorização de hábitos e sistemas que asseguram a satisfação material. A terceira atividade é a *ação*, que corresponde à pluralidade dos seres humanos e é a única exercida diretamente na relação entre os homens, sem a mediação das coisas ou da matéria. Para a autora, é a partir da ação que o homem pode iniciar algo novo ou reproduzir a condição de sua existência.

Na concepção arendtiana, ação e discurso estão intimamente relacionados, a ação só toma forma por meio da palavra falada, onde o ator se identifica, anuncia o que fez, faz e pretende fazer. Desse modo, sem o discurso, a ação deixaria de ser ação. Para a autora, a ação e o discurso permitem que os homens revelem suas identidades, mas essa qualidade da ação somente é possível quando as pessoas estão com as outras, ou seja, na esfera pública (ARENDR, 2004).

Com base nas idéias de Arendt (2004) e no relato de Gerânio, pode-se considerar que a ação materna está relacionada com o discurso estabelecido entre os profissionais de saúde e a mãe. Dessa forma, o cuidado realizado pela mãe, na UTIN, é influenciado pelo conhecimento que a mãe tem sobre as condições de saúde do filho, indicando que o estabelecimento de práticas dialógicas entre os profissionais de saúde e as mães é que permitirá construir as possibilidades de participação da mãe no cuidado.

Tomando como referência sua prática profissional, Cravo (G-90), considera que existem possibilidades para a mãe participar do cuidado do filho na UTIN, mas não são todas as mães que avançam nesse sentido. Seu relato é permeado por questionamentos que buscam compreender essa situação: “*será que são*

características pessoais dela? Será que são características dessa criança? Será que é a relação dela com o profissional?”.

Cravo (G-89) identifica como um dos impedimentos para a participação da mãe no cuidado na UTIN a tentativa de generalização em relação à participação da mãe no cuidado pelos profissionais de saúde. Na percepção de Cravo, a singularidade da vivência de cada mãe na UTIN nem sempre é considerada pelos profissionais de saúde. Dessa forma, se a equipe entende que uma ação da mãe no cuidado do filho inclui o banho, *“é como se eu dissesse que todas as mães de recém-nascido internado na UTIN podem dar o banho naquela criança”*. Cravo considera que a utilização de generalizações, em relação à participação materna no cuidado, impede os profissionais de vislumbrarem novas possibilidades.

Os relatos de Cravo apontam que uma dimensão a ser considerada no que se refere à participação da mãe no cuidado na UTIN, é a pluralidade das mães enquanto determinante de suas singularidades. Para Arendt (2004), a pluralidade é produzida pela interação entre os homens e traz em si um duplo aspecto: de igualdade e de diferença, ou seja, somos todos iguais uma vez que somos seres humanos, mas diferentes de todos os que existiram, existem ou virão a existir. Essa pluralidade é evidenciada pelo relato de Cravo, se consideramos que as mães estão em uma condição de igualdade na medida em que vivenciam a condição de ter um filho internado na UTIN, porém de diferença ao tomá-las como seres singulares, cada uma com sua história de vida, sentimentos e interesses. É o reconhecimento da singularidade das mães que possibilita, ao profissional de saúde, construir, com elas, uma relação de alteridade e possibilidades para sua participação no cuidado.

A possibilidade de participação materna no cuidado demanda dos profissionais de saúde o exercício cotidiano de reconhecimento da alteridade materna, permitindo ampliar a visão de mundo e escapar da homogeneização das práticas de cuidado.

Pelo exposto, pode-se considerar que a participação da mãe no cuidado é algo que não está dado, e é na interação estabelecida entre mãe, recém-nascido e profissional de saúde que ela se desenha. O diálogo entre mães e profissionais de

saúde foi o dispositivo que mostrou potencialidade para conhecer e dar visibilidade às possibilidades de participação materna no cuidado e, conjuntamente, criar alternativas para concretizá-las.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao apreender como é a participação da mãe no cuidado do filho na UTIN, por meio de entrevistas e observação participante, evidenciou-se que a presença da mãe faz parte da história da Instituição cenário do estudo. A presença da mãe é reconhecida pelos profissionais e pelas próprias mães como determinante para o desenvolvimento do recém-nascido e como direito da criança de ter consigo um acompanhante. É o entendimento de que o direito à saúde deva ser garantido de forma plena que sustenta a decisão institucional de assegurar condições para a presença da mãe junto do filho, mesmo diante da ausência de uma previsão orçamentária do Sistema de Saúde que garanta a sustentabilidade dessa iniciativa. Recomenda-se que a instituição intensifique e amplie as estratégias para captação de recursos orçamentários que garantam a manutenção dessa iniciativa e também favoreçam que as relações estabelecidas no cotidiano do serviço possibilitem assegurar o direito e a construção da cidadania.

O fato de a Instituição ter como missão a integralidade da assistência a seus usuários favorece a criação de estratégias potencializadoras da participação da mãe no cuidado. Como forma de dar visibilidade a essa participação, manter e ampliar as práticas que a sustentam, é pertinente indicar a institucionalização de metodologias avaliativas que, a partir do cotidiano da participação dessas mães, possibilitem conhecer as repercussões de tais práticas na vida das mães e dos recém-nascidos e construir uma assistência que atenda às necessidades de cuidado de ambos.

A informação sobre as condições clínicas do recém-nascido foi revelada pelos profissionais e mães participantes como uma das principais necessidades maternas mas que ainda não foi incorporada pelos profissionais de saúde à sua prática. Esse achado é indicativo do desafio a ser superado pela equipe, sendo um dos caminhos a incorporação de práticas comunicativas que sejam produtoras de diálogo e negociação, que favoreçam a redução da assimetria existente entre mães e

profissionais e que reconheçam a subjetividade e necessidades dos envolvidos no cuidado.

Durante a internação do filho na UTIN, as mães constroem um lugar e um fazer no cuidado a partir de suas ações, revelando outras dimensões do cuidado e indicando possibilidades de participação, mesmo nas circunstâncias em que o quadro clínico dos bebês oferece limites para a realização de determinados cuidados. Nessa perspectiva de participação, faz-se necessário que os profissionais reconheçam a alteridade das mães no modo como constroem e praticam a maternidade. Isso torna necessário propor estratégias que favoreçam o diálogo entre mães e profissionais, possibilitando o aprendizado e a criação de novos modos de cuidar.

No cuidado ao recém-nascido na UTIN, observa-se a existência de cuidados como o banho, a dieta e a troca de fralda, que podem ser realizados tanto pela mãe quanto pelo profissional de saúde. Essa situação é causadora de conflitos e tensões e tanto a mãe quanto o profissional buscam exercer o seu poder. Dessa forma, tem-se o desafio de estabelecer relações que favoreçam a mobilidade do poder criando espaços de liberdade, autonomia e produtores de alteridade, possibilitando coexistir, no cuidado ao recém-nascido, o fazer da mãe e o dos profissionais de saúde, cada qual com suas especificidades e particularidades.

Dentre os limites para a participação da mãe no cuidado, tem-se a prática assistencial orientada pela técnica e o modelo de formação do profissional de saúde que dá ênfase aos aspectos biológicos e curativos. Na busca da incorporação da participação da mãe no cuidado ao recém-nascido a fim de que essa participação não seja circunscrita a alguns profissionais ou a situações específicas, é recomendado o investimento na formação e na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de possibilitar a aquisição de conhecimentos que contemplem, além dos aspectos biológicos, os sociais e emocionais.

Os participantes, a partir de seus discursos e de suas ações, revelaram que a participação da mãe no cuidado do filho na UTIN não é algo dado, definido *a priori*, passível de normatização. Constrói-se cotidianamente pelas relações dialógicas

entre mãe, recém-nascido e profissional de saúde. Isso requer mudanças na forma de os profissionais planejarem e executarem o cuidado, reorientando sua prática com vistas a incorporar o cuidado realizado pelas mães na assistência ao recém-nascido.

Mesmo existindo estratégias que favorecem a participação da mãe no cuidado ao filho internado na UTIN na Instituição cenário deste estudo, a participação materna não é explorada em sua potencialidade. Isso impõe a necessidade de continuar e ampliar os estudos a fim de solidificar as práticas já existentes e construir novas alternativas para a participação das mães no cuidado, o que é expresso, por elas, como desejo e necessidade e, pelos profissionais de saúde, como possibilidade e desafio.

REFERÊNCIAS

AAGAARD, H, HALL, E. Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit: A Meta-Synthesis **Journal of Pediatric Nursing**, Philadelphia, v 23, n.3, p.26-36, Jun. 2008.

ARAÚJO, I. S. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.14, p.165-177, set. 2003/ fev. 2004.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2005. p.239-251.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

ARRUDA, A. O ambiente natural e seus habitantes no imaginário brasileiro: negociando a diferença. In: ARRUDA, A. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p.17-46.

AUSLANDER, A.; NETZER, D.; ARAD, I. Parental anxiety following discharge from hospital of their very low weight infants. **Family Relations**, Minneapolis, v.52, p. 12-21, 2003

AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 583-592, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-72, 2001

BARNETT, C.; LEIDERMAN, P. GROBSTEIN, R.; KLAUS, M. Neonatal separation: the maternal side of interactional privation. **Pediatrics**, Evanston, v.45, p. 197-205, 1970.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Ed). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 64-89

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **BH-VIDA: saúde integral**. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/mostraarquivo.php?documento=169>>. Acesso em: 30 out. 2008.

BIALOSKURSKI, M.; COX, C.L.; HAYES, J. A. The nature of attachment in a neonatal intensive care unit. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v.13, n. 1, p. 63-77, june 1999.

BONALDI, C.; GOMES, R. S.; LOUZADA, A. P. F.; PINHEIRO, R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 53-74.

BONET, O. “Educação em Saúde”, “Cuidado” e “Integralidade”: de fatos sociais, totais e éticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004. p.279-292.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BOWLBY, J. Separation anxiet. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.41, p. 89-113, 1960.

BRAGA, P. P. **Cuidado, trabalho e diálogo: a construção da integralidade da assistência ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2006. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em 20 jun. 2009.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. p. 25.694

BRASIL. Lei n. 11.108, de 8 de abril de 2005. Altera Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto, pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 abr. 2005. p.1

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. 2. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2003. 114 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". Disponível em: <<http://www.hc.ufu.br/extranet/files/PORTARIA%20ANVISA%20N%C2%BA%201016%20DE%201993.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Editora MS, 2006. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília, DF: Editora MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2002. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRAZELTON, B. T. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1988.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, jun. 1991.

BRETHERTON, I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. **Developmental Psychology**, Washington, v. 28, n. 5, p. 759-775, 1992.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Intervenções frente ao nascimento prematuro: uma revisão teórica. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.15, n.1, p. 60-66, 2005.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n.9, p.457-467, 2004.

BUARQUE, V.; LIMA, M. C.; SCOTT, R. P.; VASCONCELOS, M. G. L. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 295-301, ago. 2006.

BUDIN P. The nursling. The feeding and hygiene of premature and full-term infants. W. J. Maloney. London: The Caxton Publishing Company, 1907. Disponível em: <<http://www.neonatology.org/classics/nursling/nursling.html>>. Acesso em 30 maio 2009.

CAMPOS, G. W. S Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-266.

CARPARA, A. A escuta como cuidado: é possível ensinar? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como um valor**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p.231-248.

CARTER, J. D.; MULDER, R. T.; DARLOW, B. A. Parental stress in the NICU: The influence of personality, psychological, pregnancy and family factors. **Personality and Mental Health**, Hoboken, v. 1, n. 1, p. 40-50, 2008.

CARVALHO, L. C.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Disputa en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v.3, n.3, p. 259-269, set./dez. 2007.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991. 164p.

DAVIS, L.; MOHAY, H.; EDWARDS, H. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.42, n.6, p. 578-586, 2003.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.15-41.

DIAZ ROSELLÓ, J. I. Participación materna em los cuidados del prematuro internado. In: MARTINEZ, G. **Tecnologias perinatalis**. Montevideo: CLAP, 1992. p.237-346.

DITZ, E. S. **A vivência da mulher-mãe no alojamento materno durante a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2006. 134f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

DITZ, E. S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 1, n.8, p.75-81, jan./mar. 2008.

DOLTO, F. **Tudo é linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

DUARTE, E. D. **O cuidado ao recém-nascido na perspectiva da integralidade: saberes e práticas no cotidiano da UTIN**. 2007. 190f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

DUARTE, E. D.; DITZ, E. S.; MADEIRA, L. M.; LOPES, T. C. A utilização da técnica e o agir ético no cuidado: conciliações possíveis na prática educativa. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Cpsc, Abrasco, 2008. 356 p.

DUARTE, E. D.; DITZ, E. S.; MADEIRA, L. M. M.; BRAGA, P. P.; LOPES, T. C. **Valores que permeiam a prática em saúde expressos no trabalho em equipe**. Belo Horizonte, 2009a. 12 p. Não publicado.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; XAVIER, C. C. Processo de trabalho na unidade de terapia intensiva neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. **Revista de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n.3, p. 647-654, 2009b.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.553-563, 2006.

FEUWERKER, L. C. M. A construção de sujeitos no processo de mudança na formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p.18-24, dez. 2000.

FIGUEIREDO, B. Massagem ao bebê. **Acta Pediatrica Portuguesa**, Lisboa, v. 1, n. 38, p.29-38, 2007.

FLACKING, R.; EWALD, U.; NYQVIST, K. H.; STARRIN, B. Trustful bonds: A key “to becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. **Social Science & Medicine**, New York, v. 62, p.70-80, 2006.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E.; MIRANDA JUNIOR, H.; RIMOLI, R.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 125-134.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Ditos e Escritos V). p.264-287.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 22ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. L. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.231-249.

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE-FAIS. **Estatuto da Fundação de Assistência Integral à Saúde**. Belo Horizonte, 1988. 26p

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo Demográfico: Brasil, 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

GAÍVA, M. A. M; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 58, n. 4, p. 444-448, jul./ago. 2005.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A comunicação entre a equipe e os pais em uma UTI Neonatal de um hospital universitário. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8. 2002, Ribeirão Preto-SP. **Anais...** 2002. v. 8. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100048&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 29 Abr. 2009.

GOMES, M. M. F. **As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTIN: construindo possibilidades de cuidado**. São Paulo, 1999. 238f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

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

GOMES, R. S.; GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco, 2005. p. 105-16.

GRIFFIN, T.; KAVAUGH, K.; SOTO, C. F.; WHITE, M. Parental evaluation of a tour of the Neonatal Intensive Care Unit during a high-risk pregnancy. **Journal of**

Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing, Philadelphia, v. 26, n. 1, p.59-65, 1997.

GRIFFIN, T.; WISHBA, C.; KAVANAUGH, K. Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized preterm infants. **Journal of Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 13, n. 5, p.290-295, Oct. 1998.

HALL, E. O. C. Being in an alien world. Parents' lived experiences when a small or newborn child is critically ill. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 19, p.179-185, 2005.

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

HEERMANN, J. A.; WILSON, M. E.; WILHELM, P. A. Mothers in the NICU: outsider to partner. **Pediatric Nursing**, Pitman US, v. 31, n. 3, p. 176-81, May/June 2005.

HOLDITCH-DAVIS, D.; MILES, M. S. Mother's stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 19, n.3, p.13-21, Apr. 2000.

HOONAARD, W. A explosão da bolha: relações entre pesquisador e participantes pesquisados. In: GUERRIEIRO, I. C. Z.; SCHMIDT, M. L. S.; ZICKER, F. (Org.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 83-100.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. Hospital Amigo da Criança (UNICEF 1995). **Planejamento estratégico do Hospital Sofia Feldman**. Belo Horizonte: Fundação de Assistência Integral à Saúde, 1998.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Indicadores 2008**. Belo Horizonte, 2008.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Notícias do Sofia**, Belo Horizonte, v. 3, n. 11, 2006.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 1 CD-ROM.

HURST, I. Vigilant watching over: mother's actions to safeguard their premature babies in the newborn intensive care nursery. **Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**, Frederick, MD, v. 15, n. 3, p. 39-57. Dec. 2001.

JODELET, D. A alteridade como processo e produto psicosocial. In: ARRUDA, A. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p.47-67.

JOVCHELOVITCH, S. Re(des)cobrimdo o outro. In: ARRUDA, A. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p.63- 82.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; LAMEGO, D. T. C.; MORSCH, D. S.; DESLANDES, S. F. Os desafios da humanização em uma UTI neonatal cirúrgica. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 261-282. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

KENNEL, J. H.; KLAUS, M. H. Atendimento para pais de bebês prematuros ou doentes. In: KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. (Org.). **Pais/Bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 170-244.

KENNEL, J. H.; KLAUS, M. H. Bonding: recent observations that alter perinatal care. **Pediatrics in Review**, Elk Grove Village, v. 19, n. 1, p. 4-12, 1998.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. Assistência aos pais. In: KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. **Alto risco em neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982,. p.141-165.

KLAUS, M. H; KENNEL, J. H. A família durante a gravidez. In: KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. (Org.). **Pais/Bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 21-41.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. El vínculo madre-hijo. In: KLAUS, M.H.; KENNEL, J. H. **La relación madre-hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia**. Buenos Aires: Panamericana, 1978. p. 15-27.

KLEIN, V. C.; LINHARES, M. B. M. Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n.2, p. 277-284, 2006.

KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Editorial Presença, 1978. 239p.

KOERICH, M. S.; BACKES, D. S; SCORTEGAGNA, H. M.; WALL, M. L.; VERONESE, A. M.; ZEFERINO, M.T.; RADUNZ, V.; SANTOS, E. K. A. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, N.Esp., p. 178-85, 2006.

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

LAMY, Z. C. **Unidade neonatal: um espaço de conflito e negociações**. 2000. 161 f. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

LANSKY, S. **BH Viva Criança: acelerando a redução da mortalidade infantil**. Saúde Digital 2002. Disponível em: < http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/mostra_arquivo.php?Documento=417>. Acesso em 30 out. 2008

LATVA, R.; LEHTONEN, L.; SALMELIN, R. K.; TAMMINEN, T. Visiting less than every day. A marker for later behavioral problems in finnish preterm infants. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, Chicago, v.158, n. 12, p. 1153-1157, 2004.

LAUCHT, M.; ESSER, G.; SCHMIDT, M. H. Differential development of infants at risk for psychopathology: The moderating role of early maternal responsivity. **Developmental Medicine & Child Neurology**, London, v. 43, p. 292-300, 2001.

LEWIS, M.; BENDERSKY, M.; KOONS, A.; HEGYI, T.; HIATT, M. I.; OSTFELD, B.; ROSENFELD, D. Visitation to a Neonatal Intensive Care Unit. **Pediatrics**, Evanston, v. 88, p. 795-800, 1991.

LOO, K. K.; ESPINOSA, M. E.; TYLER, R.; HOWARD, J. Using knowledge to cope with stress in the NICU: how parents integrate learning to read the physiologic and behavioral cues of the infant. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 22, n.1, p.31-37, Jan./Feb. 2003.

LOUZADA, A. P. F.; BONALDI, C.; BARROS, M. E. B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalho em equipe sob o**

eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 37-52.

LUPTON, D.; FENWICK, J. They've forgotten that I'm the mum': constructing and practicing motherhood in special care nurseries. **Social Science & Medicine**, New York, v. 53, n. 8, p. 1011-1021, Oct. 2001.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006. p. 7-23.

MADEIRA, L. M.; DUARTE, E. D. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EdUCS, IMS/UERJ, Cepesc, 2006. p. 65-80.

MADEIRA, L. M.; LOPES, A. F. C.; DUARTE, E. D.; DITZ, E. S.; LOPES, C. T. A escuta como cuidado: é possível ensinar? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como um valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 185-198.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R.C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EdUCS, IMS/UERJ, CEPESQ, 2006. p.51-66.

MARTÍNEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 239-246, mar./abr. 2007

MATTOS, R. A. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 129-144.

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

MELO, E. A. S. Gestos de autoria: construção do sujeito da escrita na alfabetização. In: BARONAS, R. L. (Org.). **Identidade cultura e linguagem**. Campinas (SP): Pontes Editores, 2005. p.191-205.

MELO, E. M. Ação comunicativa, democracia e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p.167-178, 2005.

MELO, V. H. **Evolução histórica da obstetrícia**: a marginalidade social das parteiras e da mulher. Belo Horizonte, 1983. 166f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1983.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo, Hucitec, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. ; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO; ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DE TÉCNICOS EM SAÚDE. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 276-282.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244p.

MOK, E.; LEUNG, S. F. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v.15, p. 726-734, 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, M. C. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p. 44-57, set./dez., 2004.

NYSTRÖM, K; AXELSSON, K. Mothers' experience of being separated from their newborns. **Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 31, n. 3, p. 275-282, May/June 2002.

OLIVEIRA, B. R. G.; LOPES, T. A.; VIEIRA, C. S.; COLLET, N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. Esp., p. 105-113, 2006.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. 7. ed. Campinas, SP: Fontes, 2007.

PEDROSO, G. E. R.; BOUSSO, R. S. O significado de cuidar da família na UTI neonatal: crenças da equipe de enfermagem. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 129-134, 2004

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 161-179.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R. CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 13-33.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco, 2008. p.17-42.

PIZZATO, M. G.; DA POIAN, V. R. L. Enfermagem em sistema de alojamento conjunto para RN e mãe. In: PIZZATO, M. G.; DA POIAN, V. R. L. **Enfermagem neonatalógica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1982. Cap. 3, p. 101-127.

POEHLMANN, J.; FIESE, B. H. Parent-infant interaction as a mediator of the relation between neonatal risk status and 12-month cognitive development. **Infant Behavior and Development**, United States, v. 24, n. 2, p. 171-188, FEB. 2001.

POUPART, J.; DESLAURIERS, J.; GROULX, L.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 464 p.

PRIDHAM, K. F. Guided participation and development of care-giving competencies for families of low birth-weight infants. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 28, n. 5, p. 948-958, 1998.

RAMOS, D. L. P.; JUNQUEIRA, C. R.; PUPLAKSIS, N. V. Benefícios da avaliação ética de protocolos de pesquisas qualitativas. In: GUERRIEIRO, I. C. Z.; SCHMIDT, M. L. S.; ZICKER, F. (Org.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 193-205.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985. 287p.

ROLLER, C. G. Getting to know you: Mothers' experiences of kangaroo care. **Journal of Obstetrical, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 34, p. 210-217, 2005.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: espaço e tempo: razão e emoção**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 308p.

SANTOS, M. **Pensando o espaço do homem**. 5. ed. São Paulo: Editora da USP, 2007. 96p.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

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

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

SCOCHI, C. G. S.; COSTA, I. A. R.; YAMANAKA, N. M. A. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido prematuro: um panorama geral. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.9, n. esp., 96-101, 1996.

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. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 52, n. 4, p. 495-503, 1999.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p.48-56, 2008.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004.

SILVERMAN, W. A. Incubator-baby side shows. **Pediatrics**, Evanston, v. 64, n.2, p. 127-141, 1979.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. London: Thomson Learning, 1980. 195p.

SWARTZ, M. K. Parenting preterm infants. A metasynthesis. **MCN American Journal of Maternal Child Nursing**, New York, v. 30, n.2, p. 115-120, Mar./Apr. 2005.

TAVARES, G. R.; MOTA, J. A. C.; MAGRO, C. Visão sistêmica da prematuridade: as interações entre família e equipe de saúde diante do recém-nascido pré-termo na UTI neonatal. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 27-34, 2006.

THOMAS, L. M. The Changing Role of Parents in Neonatal Care: A Historical Review. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 27, n. 2; p. 91-100, Mar./Apr. 2008,

TREYVAUD, K. ; ANDERSON, V.A.; HOWARD, K.; BEAR, M.; HUNT, R. W.; DOYLE, L. W.; INDER, T. E.; WOODWARD, L.; ANDERSON, P. J. Parenting Behavior Is Associated With the Early Neurobehavioral Development of Very Preterm Children. **Pediatrics**, Evanston, v. 123, p. 555-561, 2009

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

TURAN, T.; BAŞBAKKAL, Z., ÖZBEK, S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. **Journal Clinical Nursing**, Oxford, v.17. n. 21, p. 2856-2866, Nov. 2008.

UNGERER, R. L. S.; MIRANDA, A. T. C. História do alojamento conjunto. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.75, n. 1, p 5-10, 1999.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

WAECHTER, E. H.; BLAKE, F. G. Crescimento e desenvolvimento dos serviços de saúde In: WAECHTER, E. H.; BLAKE, F. G. **Enfermagem pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. Cap. 1, p. 1-38.

WIGERT, H.; JOHANSSON, R.; BERG, M.; HELLSTRÖM, A. L. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. **Scandinavian Journal of Caring Science**, Sweden, v. 20, n. 1, p. 35-41, Mar. 2006.

WINICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO;UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND - Unicef. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. **Meeting "Breast-feeding in the 1990s: A global initiative**. Florence, Italy: World Health Organization, 1990.

ZESKIND, P. S.; IACINO, R. Effects of maternal visitation to preterm infants in the neonatal intensive care unit. **Child Development**, Chicago, v. 55, n. 5, p.1887-1893, 1984.

ANEXOS

ANEXO A
APROVAÇÃO DO COEP/UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 679/07

Interessado(a): Profa. Roseni Rosângela de Sena
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 5 de março de 2008, o projeto de pesquisa intitulado **"A mãe no cuidado do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Marques Amaral', is written over the typed name.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B
APROVAÇÃO DO COEP/HOSPITAL SOFIA FELDMAN



www.sofiafeldman.org.br | 31 3408 2200
Rua Antônio Bandeira, 1060 - Bairro Tupi
Belo Horizonte/ MG - CEP 31844-130
Fax: (31) 3433-1601

PARECER DE RELATOR – nº 22/2007

SISNEP:

(favor citar esse número em suas comunicações com o CEP/HSF)

Titulo do projeto: A mãe no cuidado do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal

Interessados:

Érika da Silva Dittz (aluna pesquisadora)
Roseni Rosângela de Sena (orientadora)
Joaquim Antônio César Mota (co-orientador)

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) **aprovou** no dia 4 de dezembro de 2007, o Projeto de Pesquisa intitulado: A MÃE NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com o parecer em anexo.

Reafirmamos que o relatório final deverá ser encaminhado ao CEP/HSF ao término do estudo, para fins de conclusão do processo.

Atenciosamente.

Dra. Lélia Maria Madeira
Coordenadora do CEP/HSF

Comitê de Ética em Pesquisa
HOSPITAL SOFIA FELDMAN
Reg. CONEP: 25000.030213/2006-91

Belo Horizonte, 7 de dezembro de 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Profissional de saúde)

Belo Horizonte, de de 2008.

Prezada (o).....,

Eu, **ERIKA DA SILVA DITZ**, Terapeuta Ocupacional e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente - Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e difusão científica cujo título é: “*A mãe no cuidado do recém-nascido internado na unidade de terapia intensiva neonatal*”. Esta pesquisa é orientada pela Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena e pelo Prof Dr. Joaquim Antônio César Mota.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. É necessário que você tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à sua participação:

1. Sua participação é voluntária, e consiste em participar de uma entrevista e autorizar a gravação de sua fala.
2. Caso o (a) Sr (a) não deseje participar ou desista de continuar durante a coleta de dados, você não terá nenhum prejuízo em seu trabalho.
3. Durante a realização da pesquisa o (a) Sr (a) terá liberdade para desistir de participar, sem risco de qualquer penalização.
4. Durante a implementação da pesquisa poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas.
5. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais.
6. O (A) Sr (a) não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa.
7. Caso sinta necessidade, você poderá entrar em contato com a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados.
8. A entrevista será gravada e lhe será permitido ter acesso à transcrição bem como ouvi-la, se assim o desejar.
9. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.

Certa de contar com o seu apoio reitero meu apreço e agradecimento.

Erika da Silva Ditz

Contato da pesquisadora:

Tel.: (031) 3408 2237 / (31) 9724 6408

e-mail: erikaditz@hotmail.com

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060 B. Tupi-Belo Horizonte/MG.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP: Tel.: (31) 3499 4592

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Profissional de saúde)

Declaro ter recebido da Terapeuta Ocupacional Erika da Silva Dittz e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Estou ciente de que não serei exposta (o) a riscos devido à minha participação nesta pesquisa e que poderei a qualquer momento interromper a minha participação sem nenhum prejuízo para a minha pessoa ou para o meu trabalho. Fui informada (o) que não terei nenhum tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação

Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar voluntariamente das atividades da pesquisa. Aceito a gravação de minha fala durante a entrevista, bem como sua utilização na pesquisa.

Assim sendo, concordo, voluntariamente em participar deste estudo.

.....

Assinatura do (a) participante

Belo Horizonte, de de 2008.

Dados do participante:

Participante:.....

Tel.:.....

Endereço:.....

Contato da pesquisadora: Tel.: (031) 3408 2234/ (31)9724 6408

e-mail: erikadittz@hotmail.com

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060 B. Tupi-Belo Horizonte/MG.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Mães)

Belo Horizonte, de de 2008.

Prezada,

Eu, **ERIKA DA SILVA DITZ**, Terapeuta Ocupacional e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente - Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e difusão científica cujo título é: "*A mãe no cuidado do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal*". Esta pesquisa é orientada pela Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena e pelo Prof Dr. Joaquim Antônio César Mota.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. É necessário que você tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à sua participação:

1. Sua participação é voluntária, e consiste em participar de uma entrevista e autorizar a gravação de sua fala.
2. Caso o (a) Sr (a) não deseje participar ou desista de continuar durante a coleta de dados, o seu bebê que está na UTI não terá nenhuma modificação quanto à assistência recebida.
3. Durante a realização da pesquisa o (a) Sr (a) terá liberdade para desistir de participar, sem risco de qualquer penalização.
4. Durante a implementação da pesquisa poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas.
5. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais.
6. O (A) Sr (a) não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa.
7. Caso sinta necessidade, você poderá entrar em contato com a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados.
8. A entrevista será gravada e lhe será permitido ter acesso à transcrição bem como ouvi-la, se assim o desejar.
9. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.

Certa de contar com o seu apoio reitero meu apreço e agradecimento.

Erika da Silva Ditz

Contato da pesquisadora:

Tel.: (031) 3408 2237 / (31) 9724 6408 e-mail: erikaditz@hotmail.com

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060 B. Tupi-Belo Horizonte/MG.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP: Tel.: (31) 3499 4592

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Mães)

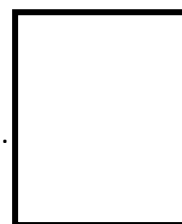
Declaro ter recebido da Terapeuta Ocupacional Erika da Silva Dittz e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Estou ciente de que não serei exposta a riscos devido à minha participação nesta pesquisa e que poderei a qualquer momento interromper a minha participação sem nenhum prejuízo para a minha pessoa ou para a assistência do meu bebê que está internado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Sofia Feldman. Fui informada que não terei nenhum tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação

Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar voluntariamente das atividades da pesquisa. Aceito a gravação de minha fala durante a entrevista, bem como sua utilização na pesquisa.

Assim sendo, concordo, voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura:.....



Polegar Direito

Belo Horizonte, de de 2008.

Dados da participante:

Participante:.....

Tel.:

Endereço:.....

Contato da pesquisadora: Tel.: (031) 3408 2237 / (31) 9724 6408 e-mail: erikadittz@hotmail.com

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060 B. Tupi-Belo Horizonte/MG.

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Sobre as interações:

- Como se dá a interação entre mãe e filho?
- Como se dá a interação entre a mãe e os profissionais de saúde?
- As percepções maternas sobre a necessidade da criança são consideradas pelos profissionais de saúde?
- Como a mãe interage com os profissionais de saúde no cuidado do recém-nascido?

Sobre a mãe no cuidado do filho:

- Os profissionais de saúde integram a mãe no cuidado do recém-nascido? Como?
- A presença da mãe repercute no cuidado ao recém-nascido?

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA ENTREVISTA (Mães)

Data: ___/___/_____
término: _____:_____

Hora início: _____:_____

Hora

I. Identificação da mãe

Nome:

Endereço:

Idade:

Escolaridade:

Ocupação:

Estado civil:

II. História familiar:

Filhos e Idade:

Com quem reside:

Responsável pelo cuidado dos filhos no momento:

III Experiência materna anterior:

Outros filhos internados na UTIN?

Caso sim, qual o motivo e o período de hospitalização:

IV. História perinatal:

Gestações: G() Aborto (....) Tipo de parto: (....) Parto normal (....) Parto cesárea

Gravidez planejada?

Realizou acompanhamento pré-natal?

Permaneceu internada durante essa gestação? Onde, qual o período e o motivo?

V. Experiência materna atual:

Data de nascimento do RN:

Instituição:

Tipo de parto:

Idade gestacional:

Peso ao nascer:

Motivo da internação na UTI:

RN está recebendo alimentação?

Retira o leite materno ou amamenta:

Qual o período de permanência na instituição:

VI. Pergunta disparadora:

COMO VOCÊ CUIDA DO SEU FILHO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL?

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA
(Profissionais)**

Data: ___/___/____
término: _____:_____

Hora início: _____:_____

Hora

Nome:

Formação profissional:

Cargo ocupado:

Tempo de trabalho na instituição:

Perguntas disparadoras:

- 1. COMO É A MÃE NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL?**
- 2. COMO A MÃE CONTRIBUI NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL?**

APÊNDICE D

DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

MÃES

Esmeralda

Esmeralda tem 28 anos, é casada, tem o ensino fundamental completo, trabalha como diarista em casa de família e reside no município de Ribeirão das Neves/MG. Esmeralda teve cinco filhos, três de um primeiro relacionamento, sendo que um dos filhos foi a óbito um dia após o nascimento e os outros estão atualmente com 13 e quatro anos. O quarto e quinto filhos são do atual companheiro, sendo que um deles nasceu com 27 semanas de gestação e foi a óbito após três dias de internação; o outro nasceu com 26 semanas de gestação e encontra-se internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman. Sobre a quinta gestação, Esmeralda relata que foi planejada e que fez o acompanhamento de pré-natal. Para ela, o que levou ao parto prematuro foi a incompatibilidade sanguínea do casal. Durante a internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Esmeralda conta com o apoio da mãe e de uma irmã para cuidar dos outros filhos o que possibilita sua permanência no Hospital. Esmeralda permanece na Casa de Sofias e vai em casa nos finais de semana.

Pérola

Pérola tem 27 anos, é casada, tem o ensino médio completo, é dona de casa e reside em Belo Horizonte/MG. Teve duas gestações, na primeira nasceu uma menina que atualmente está com sete anos. A segunda gestação de Pérola foi planejada, fez o acompanhamento pré-natal e tudo transcorria dentro da normalidade até que teve aumento da pressão sanguínea. Pérola foi então internada na Maternidade do Hospital Sofia Feldman onde permaneceu por sete dias, até o nascimento do bebê com 27 semanas de gestação. Após o nascimento, o bebê evoluiu com desconforto respiratório e foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Durante a internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pérola optou por não permanecer na Casa de Sofias, pois se preocupa em deixar a outra filha sozinha. Assim, durante o período em que a filha está na escola, Pérola permanece no hospital com o bebê.

Ágata

Ágata tem 20 anos, é casada, tem ensino médio completo, é dona de casa e reside em Belo Horizonte/MG. Teve três gestações, das quais nasceram uma menina, que está com cinco anos e um menino que está com quatro anos. A terceira gestação de Ágata foi planejada e o acompanhamento pré-natal foi realizado no Hospital Sofia Feldman. Seu bebê nasceu com 37 semanas pesando 2940 gramas e foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por apresentar desconforto respiratório. Durante a internação Ágata vem ao Hospital diariamente e aí permanece durante todo o dia. Quando está no Hospital Ágata conta com o apoio da mãe para cuidar dos outros filhos.

Rubi

Rubi tem 19 anos, é solteira, estudou até a 7ª série do ensino fundamental, trabalha em casa de família e é procedente de Corinto/MG. Atualmente mora com a mãe e essa é sua primeira gravidez. Mesmo não sendo uma gravidez planejada, foi bem aceita por sua família e pela família do companheiro com quem tem um relacionamento há sete meses. Durante a gravidez, fez o acompanhamento pré-natal e não apresentou intercorrências, até entrar em trabalho de parto prematuro. O bebê de Rubi nasceu em Corinto, com 28 semanas de gestação e pesando 1000 gramas, sendo transferido para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman. Rubi permanece na Casa de Sofias durante a internação do seu bebê e vai a Corinto periodicamente.

Safira

Safira tem 26 anos, é sua primeira gestação, sem história de aborto. Está casada há 10 meses, não planejava a gravidez mas recebeu bem a notícia. Durante a gestação, Safira apresentou alterações na pressão sanguínea sendo necessário realizar uma cesárea de urgência. O bebê de Safira nasceu no Hospital Sofia Feldman com 31 semanas de gestação, pesando 1490 gramas, sendo encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Após o parto, Safira desenvolveu complicações renais permanecendo internada na Maternidade do Hospital. Devido a isso, não ia com frequência à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Após seis dias de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, seu bebê recebeu alta para a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais.

Turquesa

Turquesa tem 28 anos, é solteira, possui ensino fundamental incompleto, é aposentada por invalidez e reside em Felixlândia/MG. Está com seu segundo companheiro. Decidiram não morar juntos devido a desentendimentos do companheiro com o irmão dela. Turquesa teve quatro gestações, três delas foram do relacionamento com o primeiro companheiro. A primeira gestação de Turquesa evoluiu para o aborto. Da segunda gestação, nasceu uma menina que faleceu aos quatro anos devido a um acidente de carro. O acidente foi presenciado por Turquesa que, após esse episódio, teve amnésia pós-traumática, necessitando de acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Da terceira gestação, Turquesa teve outra menina. A quarta gestação foi do relacionamento com o atual companheiro e não foi planejada pelo casal. Durante a gestação, Turquesa foi a três consultas de pré-natal no Centro de Saúde em Felixlândia e seu bebê nasceu no Hospital Sofia Feldman, com 30 semanas de gestação, pesando 1500 gramas, sendo encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal logo após o nascimento. Poucos dias antes do nascimento do bebê, Turquesa foi informada pela equipe de saúde de Felixlândia que era portadora do vírus HIV. A notícia deixou Turquesa muito assustada pois ela tinha consciência da gravidade da doença. Tem certeza que foi contaminada pelo companheiro, pois não teve outros parceiros. Já conversou com ele sobre o assunto e tem tido dificuldades em convencê-lo a fazer os exames e a aceitar o tratamento. Turquesa decidiu continuar com o companheiro, pois gosta muito dele e é com quem deseja continuar a viver. Em relação a seu tratamento, Turquesa é acompanhada pela equipe de saúde de sua cidade e tem o apoio da mãe e da irmã, que estão cientes de sua doença. Turquesa ainda não sabe se o seu bebê é portador do vírus. Durante a internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Turquesa permanece na Casa de Sofias. Conta com o apoio da mãe e da irmã para o cuidado dos outros filhos.

Ametista

Ametista tem 35 anos, é casada, tem o ensino fundamental, é costureira e mora em Mariana/MG. Teve duas gestações, sendo que, da primeira, teve uma menina que está com sete anos. A segunda gravidez foi muito desejada por Ametista e seu companheiro mas não foi planejada. Ametista fez o acompanhamento pré-natal em Mariana e apresentou várias complicações, motivo de muita apreensão para ela e seu companheiro. Com 30 semanas de gestação, Ametista apresentou aumento da pressão sanguínea e ficou hospitalizada em Mariana por um dia até ser transferida para o Hospital Sofia Feldman, onde teve o bebê poucas horas após ser internada. O bebê de Ametista nasceu com 30 semanas e seis dias, pesando 1070 gramas sendo encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal logo após o nascimento. Durante a internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Ametista permaneceu na Casa de Sofias nos dois primeiros meses. Depois, a família decidiu alugar um cômodo nas proximidades do Hospital para que o companheiro e a outra filha do casal pudessem aí passar os finais de semana. Esse arranjo durou quatro meses e não pôde ser mantido devido a dificuldades financeiras. Desde então, Ametista decidiu permanecer na Casa de Sofias de quarta-feira a sábado, retornando para Mariana onde fica nos demais dias da semana. Enquanto está na Casa de Sofias, Ametista conta com o apoio de sua mãe e do companheiro para o cuidado de sua outra filha. O companheiro e a outra filha do casal vêm ao Hospital todos os sábados para visitar a criança. A criança de Ametista apresenta comprometimentos neurológicos sendo necessária a realização de traqueostomia. Também está prevista a realização de uma gastrostomia que ainda não foi realizada devido ao fato de a criança ter contraído uma infecção.

Jade

Jade tem 27 anos, é casada, possui o ensino médio completo, é dona de casa e reside em Itapeverica/MG. Essa é a primeira gestação de Jade e foi planejada pelo casal. Jade fez acompanhamento pré-natal, teve uma gravidez tranquila e sem intercorrências. Estava com a cesárea marcada mas entrou em trabalho de parto e o bebê nasceu de parto normal, em um hospital da cidade onde mora com 37 semanas de gestação e pesando 2250 gramas. Após o nascimento, o bebê apresentou desconforto respiratório e foi transferido para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman. Jade permanece na Casa de Sofias durante a internação de seu bebê. O companheiro de Jade também decidiu ficar em Belo Horizonte durante a internação do bebê..

Diamante

Diamante tem 33 anos, é casada, tem o ensino médio incompleto, é dona-de-casa e reside em Belo Horizonte/MG. Essa é sua segunda gestação sendo que, da primeira, teve um menino, atualmente com cinco anos. A segunda gestação foi planejada e Diamante realizou o acompanhamento pré-natal no Centro de Saúde próximo de sua residência. Apresentou perda de líquido amniótico com 25 semanas de gestação e foi internada no Hospital Sofia Feldman. Após 13 dias de internação, o bebê de Diamante nasceu com 26 semanas e quatro dias de idade gestacional e pesando 745 gramas, sendo encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal logo após o nascimento. Na avaliação do pediatra que acompanhou o parto, foi constatado que o bebê de Diamante apresentava afundamento ocular esquerdo e implantação baixa de orelhas. Durante a internação de seu bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Diamante permaneceu em período integral

na Casa de Sofias por alguns dias, depois optou por vir ao hospital de segunda a sexta-feira. Nos finais de semana, é o companheiro de Diamante que fica com o bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Durante o tempo em que está no Hospital com o bebê, Diamante conta com o apoio do companheiro para o cuidado do outro filho. Após quatro meses de internação, o filho de Diamante apresentou duas fraturas espontâneas, uma no membro inferior direito e outra no membro inferior esquerdo, sendo necessário o uso de altas doses de analgésico e imobilização dos membros fraturados.

Âmbar

Âmbar tem 21 anos, é solteira, tem o ensino médio completo, é auxiliar de serviços escolares e reside em Ribeirão das Neves/MG. Essa é a primeira gestação de Âmbar e foi planejada por ela e pelo companheiro com quem vive há um ano. Durante a gestação, fez acompanhamento pré-natal na cidade onde mora, sendo diagnosticada uma infecção urinária, que foi tratada. Com 30 semanas de gestação, Âmbar apresentou perda de líquido amniótico e então foi para um hospital em Ribeirão das Neves onde seu bebê nasceu pesando 1450 gramas, sendo transferido para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman após o nascimento. Durante a internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Âmbar permanece na Casa de Sofias.

Turmalina

Turmalina tem 21 anos, é solteira, tem o ensino médio incompleto, é dona-de-casa e reside em Barão de Cocais. Mora com a mãe e cinco irmãos mais novos que ela. Essa é sua primeira gravidez e, apesar de não ter sido planejada, foi bem aceita pela família e pelo companheiro, com quem namora há três anos. Turmalina realizou o acompanhamento pré-natal em Barão de Cocais onde chegou a ser hospitalizada por três dias devido à perda de líquido amniótico. O bebê de Turmalina nasceu no Hospital Sofia Feldman com 25 semanas de gestação e pesando 2010 gramas. Ao nascimento, foram constatados, pelo pediatra que acompanhou o parto, sinais de microcefalia, implantação baixa das orelhas, fáceis grosseiras, genitália ambígua e pescoço curto. O bebê de Turmalina foi encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal após o nascimento por não apresentar reflexo de sucção. Turmalina permanece na Casa de Sofias durante a internação de seu bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

PROFISSIONAIS

Cinza

Técnica de enfermagem, trabalha no Hospital Sofia Feldman desde março de 2003.

Roxo

Médica pediatra, trabalha no Hospital Sofia Feldman desde fevereiro de 2003.

Vermelho

Médica pediatra e trabalha no Hospital Sofia Feldman desde fevereiro de 2006.

Lilás

Enfermeira, trabalha no Hospital Sofia Feldman desde junho de 2000.

Laranja

Fisioterapeuta, trabalha no Hospital Sofia Feldman desde janeiro de 2002.

Branco

Médica pediatra, trabalha no Hospital Sofia Feldman desde dezembro de 2005.

Azul

Técnica de enfermagem, trabalha no Hospital Sofia Feldman desde setembro de 2005.

GESTORES**Girassol**

Médico obstetra, Diretor Administrativo do Hospital Sofia Feldman, trabalha na Instituição desde sua criação.

Crisântemo

Médico pediatra, Diretor Clínico do Hospital Sofia Feldman, trabalha na Instituição desde sua criação.

Gerânio

Médica pediatra, Coordenadora da Linha de Cuidado Perinatal do Hospital Sofia Feldman, trabalha na Instituição desde fevereiro de 2001.

Cravo

Enfermeira, Coordenadora da Linha de Cuidado Perinatal do Hospital Sofia Feldman, trabalha na Instituição desde novembro de 1998.

APÊNDICE E

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS

Eu, abaixo assinado e identificado, autorizo o uso das informações por mim fornecidas bem como estou ciente de que poderá ocorrer a minha identificação por meio das informações por mim reveladas em entrevista concedida a Erika da Silva Dittz, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente - Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. A entrevista faz parte da coleta de dados da pesquisa intitulada “*A mãe no cuidado do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal*”, e é orientada pela Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena e pelo Prof Dr. Joaquim Antônio César Mota.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito, e assino a presente autorização.

Belo Horizonte, de 2009.

Assinatura

Identificação do Pesquisado:

Nome:
Endereço:
Cidade:
RG
Telefone de contato

Contato da pesquisadora:

Tel.: (031) 3408 2237 / (31) 9724 6408 e-mail: erikadittz@hotmail.com
Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060 B. Tupi-Belo Horizonte/MG.
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP: Tel.: (31) 3499 4592