



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Bárbara Bertolossi Marta de Araújo

**Os discursos da promoção do cuidado materno na unidade neonatal: as
práticas dos profissionais de enfermagem**

Rio de Janeiro

2015

Bárbara Bertolossi Marta de Araújo

Os discursos da promoção do cuidado materno na unidade neonatal: as práticas dos profissionais de enfermagem

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues

Coorientadora: Prof.^a Dra. Sandra Teixeira de Araújo Pacheco

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

A663 Araújo, Bárbara Bertolossi Marta de.
Os discursos da promoção do cuidado materno na unidade neonatal : as práticas dos profissionais de enfermagem / Bárbara Bertolossi Marta de Araújo. - 2015.
136 f.

Orientadora: Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues
Coorientadora: Sandra Teixeira de Araújo Pacheco
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem Neonatal. 2. Educação em saúde. 3. Cuidadores. 4. Prematuro. 5. Comportamento materno. 6. Unidades de terapia intensiva neonatal. 7 Equipe de Enfermagem. I. Rodrigues, Benedita Maria Rêgo Deusdará. II. Pacheco, Sandra Teixeira de Araújo. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Bárbara Bertolossi Marta de Araújo

Os discursos da promoção do cuidado materno na unidade neonatal: as práticas dos profissionais de enfermagem

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 17 de dezembro de 2015.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Poliana Coeli Costa Arantes
Instituto de Letras - UERJ

Prof. Dr. Bruno Rêgo Deusdará Rodrigues
Instituto de Letras – UERJ

Prof.^a Dra. Ivis Emília de Oliveira Souza
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Liliane Faria da Silva
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Dedico esta Tese a minha filha Júlia, que deu um sentido especial a minha existência, a meu marido Marcelo, grande companheiro em todos os momentos e a meus pais Sérgio (*in memoriam*) e Rosa Maria por revestirem minha existência com amor, carinho, dedicação, sacrificando seus sonhos em favor dos meus e iluminando meu caminho com a luz mais brilhante que puderam encontrar: o estudo. Obrigada pelo suporte e amor incondicionais.

Dedico também a todos os neonatos prematuros, que enfrentam o grande desafio de lutar pela vida e superar as dificuldades impostas por esta condição, e às suas mães, a quem tenho imenso carinho e respeito: por vocês me propus a desenvolver este estudo e desejo imensamente que ele possa refletir em melhorias nas suas vidas.

AGRADECIMENTOS

O caminho foi longo... a escalada foi árdua... mas eu cheguei ao fim! E quero aqui deixar um grato reconhecimento a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho. O apoio de todos vocês foi fundamental. Assim, agradeço:

A Deus pelo Dom da vida, por fazer desta caminhada um aprendizado. Guiando-me e protegendo-me em todos os momentos. Meu eterno fervor!!!

A tão sonhada filha Júlia, que escolheu esse momento especial da minha vida para chegar e fazer meu coração transbordar de amor. Sua vida deu um sentido especial à minha existência e sem dúvida fez toda diferença na minha forma de ver o mundo. Você vivenciou comigo, desde a gestação, o turbilhão de emoções do doutorado. Já tão pequena suportou feito gente grande minha ausência. A partir de hoje todos os dias serão seus! Te amo mais que o infinito!!!!!!

Ao meu esposo Marcelo, pela presença, compreensão, apoio e incentivo em todos os momentos desta caminhada. Você não foi apenas amante, foi amigo e companheiro, doando-se para que concretizasse este estudo. Esta conquista também é sua. Te amo!!!

Ao meu amado pai Sérgio (in memoriam), ser humano ímpar, de extrema ternura e generosidade, que se foi durante a realização desse estudo. Queria muito compartilhar do seu abraço de ternura e amor mais uma vez! E a minha mãe Rosa Maria, tão amada, por ter me inspirado a trilhar nessa caminhada desde pequenina. Obrigado por me conduzirem nos caminhos do amor, e por me ensinarem a enfrentar sempre os desafios da vida.

Aos meu irmãos, Patrícia e Cristiano, pelo apoio, preocupação e proteção presentes nesses meses em que compartilhamos tantas emoções em nossa família. Valeu!

Às minhas queridas cunhadas, Sandra, Lucia, Fátima, Márcia e Priscila, e ao meu cunhado Beto; conviver com vocês é um grande privilégio. Vocês são seres humanos maravilhosos!

À minha querida sogra Áurea e meu sogro Francisco por sempre me apoiarem em todos os momentos dessa trajetória, possibilitando a tranquilidade necessária para a condução desse estudo. Sem vocês não conseguiria!!!

À todos os profissionais da equipe de enfermagem por me acolherem com tanto carinho e compartilharem um pouco de suas experiências. Sem vocês, seria impossível a realização deste estudo.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e, em especial, aos professores da área da Saúde da Criança, pelo estímulo à minha qualificação desde o início da minha trajetória docente.

À professora Adriana Reis pelo convívio, pela amizade, pelo incentivo e apoio em todos os momentos desta caminhada.

Aos professores Michele Nunes, Sylvia Cibreiros, Isabela Forneroli e Zé Antônio pelo incentivo e apoio nos momentos em que tive que me afastar para concluir a tese.

Aos professores Carlos Sérgio, Fátima Haseck e Antônio Eduardo pela compreensão nos momentos em que necessitei me ausentar das reuniões.

À Equipe de Enfermagem da Unidade Neonatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto; em especial, às enfermeiras Glória Regina e Abilene Gouvêa pelo carinho sempre demonstrado a minha pessoa.

À Equipe de Enfermagem do Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth – Praça XV pelo rico aprendizado compartilhado durante os dez anos em que convivi nessa saudosa unidade. A semente de meu estudo nasceu junto à vocês. Saudades!!!

À amiga Luiza Mara, que sempre me apoiou para a busca desta qualificação.

Aos amigos do grupo de pesquisa (GRUPESP), em especial, a Cassiana Rossi, Antônia Cilindro e Ana Cláudia pelas discussões construtivas e momentos de descontração.

Aos professores e funcionários da Faculdade de Enfermagem da UERJ, principalmente aos do Programa de Pós-graduação, pelos ensinamentos e incentivo.

Aos amigos de turma do doutorado por compartilharem comigo muitos momentos felizes e angustiantes nestes quatro anos de estudo e dedicação. Espero tê-los sempre por perto!

Às amigas Lídia e Noemi por todo carinho e amizade de sempre.

À querida Celeste Carvalho Couto que, deu a arte final a este trabalho superando, muitas vezes, o limite de tempo reduzido para o cumprimento de todas as etapas deste estudo.

Às professoras componentes da banca examinadora, Prof.^a Dra. Liliane Faria da Silva e Prof.^a Dra. Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes. A contribuição de cada uma foi extremamente valiosa. Muito Obrigada!

À professora Dra. Ivis Emília de Oliveira Souza, pela disponibilidade e sensibilidade na construção dessa Tese. Suas sábias sugestões foram fundamentais na construção deste material. Minha gratidão e admiração!!!

Aos professores Dr. Bruno Deusdará e Dra. Poliana Coeli pelos valiosos ensinamentos que possibilitaram meu caminhar rumo à Análise Crítica de Discurso. A contribuição de vocês deu um sentido especial ao material. Obrigada pelo aprendizado!!!

À minha querida orientadora Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, que com carinho, dedicação, paciência e competência, conduziu-me e orientou-me brilhantemente nesta caminhada. Muito mais que uma orientadora, mostrou-se amiga e incentivadora constante, apoiando-me em todos os momentos de alegrias e adversidades com muita sabedoria. Muito obrigada por tudo!!!

À minha grande amiga, cunhada e coorientadora Sandra Teixeira de Araújo Pacheco, por me inspirar nos caminhos da docência em enfermagem, quando ainda ensaiava minhas primeiras aulas. Você esteve presente em toda a minha trajetória profissional, me incentivando e guiando para que eu chegasse até aqui hoje. Não tenho palavras para agradecer tamanha dedicação a mim, mesmo com tantas demandas e tribulações vividas nos últimos meses. Obrigada pelos ricos ensinamentos compartilhados!! Minha eterna admiração e gratidão!

Ter desafios é o que faz a vida interessante e superá-los é o que faz a vida ter sentido.

Joshua J. Marine

RESUMO

ARAÚJO, Bárbara Bertolossi Marta de. **Os discursos da promoção do cuidado materno na unidade neonatal**: as práticas dos profissionais de enfermagem. 2015. 136f. Tese (Doutorado de Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

O cuidado materno ao bebê prematuro dentro da Unidade Neonatal sofreu grandes variações ao longo da história da Neonatologia. Diante do bebê prematuro é essencial que a mãe tenha suporte para descobrir seu filho, de modo que identifique as habilidades, competências e respostas do bebê na interação com o meio. Esse suporte pode ser oferecido através da promoção do cuidado materno. O estímulo ao cuidado materno de forma precoce influencia de forma positiva no estreitamento de laços afetivos e consequente aceitação e responsabilização materna pela vida do seu filho prematuro. Objeto de Estudo: a promoção do cuidado materno ao filho prematuro durante a internação na unidade hospitalar. Os objetivos foram: a) Descrever as práticas discursivas e sociais da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal; b) Analisar o discurso da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal; c) Discutir a promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal pela equipe de enfermagem na perspectiva da educação problematizadora em saúde. Elegeu-se Fairclough (2001) como suporte teórico-metodológico e Freire (2013b) como suporte teórico-filosófico desse estudo. Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, desenvolvido através da entrevista semiestruturada com 15 profissionais da equipe de enfermagem que atuavam na assistência ao bebê prematuro e sua família na Unidade Neonatal de uma Maternidade de um Hospital Universitário, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados no período entre Abril e Junho de 2014 e foram analisados e interpretados a partir da análise crítica de discurso de Fairclough, e sob a luz da educação problematizadora em saúde na perspectiva freireana. Resultados: A prática discursiva dos profissionais da equipe de enfermagem indicaram os modos de realizar a promoção do cuidado materno, os momentos para a realização e as justificativas de promoção do cuidado materno. A prática social se mostrou vinculada a ideologia institucional articulada com as Políticas Públicas vigentes no Brasil. Nesse sentido, os discursos refletiram as estratégias de promoção que compõe a Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno na Atenção Hospitalar, tendo como apoio a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o Método Canguru, contando ainda com a Rede Brasileira de Banco de Leite Humano. Assim, as ações de promoção do cuidado materno são direcionadas ao cumprimento de objetivos funcionalistas vinculados a Programas específicos, que ao buscar atender passos, estratégias e rotinas não consideram as necessidades e demandas maternas. O enfermeiro enquanto educador em saúde precisa reconhecer as necessidades das mães frente ao cuidado com seus filhos na Unidade Neonatal e favorecer suas potencialidades, empoderando-as para que elas sejam capazes de tomar decisões e posições frente ao plano de cuidados de seus filhos.

Palavras-chave: Prematuro. Mães. Equipe de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

ARAÚJO, Bárbara Bertolossi Marta de. **The speeches promoting maternal care in the neonatal unit**: the practice of nursing professionals. 2015. 136f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Maternal care to premature infants in the neonatal unit has undergone major changes over the history of Neonatology. In the face of the premature baby is essential that the mother has support to find his son in order to identify the skills, competencies and baby responses in interactions with the environment. This support can be offered through the promotion of maternal care. The stimulus to maternal care early on influences positively in strengthening bonding and consequent acceptance and maternal responsibility for the life of their premature son. Study object: the promotion of maternal care of premature children during hospitalization at the hospital. The objectives were: a) Describe the discursive and social practices of the nursing staff in the promotion of maternal care of premature children in the Neonatal Unit; b) To analyze the discourse of the nursing staff in the promotion of maternal care of premature children in the Neonatal Unit; c) To discuss the promotion of maternal care of premature children in the Neonatal Unit by the nursing staff from the perspective of problem-based education in health. Was elected Fairclough (2001) as a theoretical-methodological support and Freire (2013b) as a theoretical-philosophical support of this study. A qualitative and exploratory study, developed through semi-structured interviews with 15 professionals of the nursing team who worked in the care of premature babies and their families in the Neonatal Unit of Maternity of a University Hospital, located in the city of Rio de Janeiro. Data were collected between April and June 2014 and were analyzed and interpreted from the critical analysis of Fairclough's speech, and in the light of problem-based education in health in Freire's perspective. Results: The discursive practice of nursing team professionals indicated the ways to carry out the promotion of maternal care, times to the realization and justifications of promotions of maternal care. Social practices were linked to institutional articulated ideology with the Public Policies in force in Brazil. In this sense, the speeches reflected the promotion strategies that make up the National Incentive Breastfeeding Policy in Hospital Care, with the support the Baby Friendly Hospital Initiative and the Kangaroo Method, still relying on the Brazilian Network of Human Milk Bank. Thus the actions of promotion of maternal care are directed to the fulfillment of functionalist objectives tied to specific programs that seek to meet steps, strategies and routines do not consider the needs and maternal demands. The nurse, as a health educator, must recognize the needs of mothers across the care of their children in the Neonatal Unit and foster their potential, empowering them so that they are able to make decisions and front positions to the plan of care for their children.

Keywords: Premature. Mothers. Nursing staff. Neonatal Intensive Care Units.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Produção científica relacionada à promoção do cuidado materno ao bebê prematuro na Unidade Neonatal Brasil, 1990– 2012	37
Quadro 2 –	Participantes do estudo	62
Quadro 3 –	Categorização dos verbos de acordo com o tipo de ação pretendida	71
Quadro 4 –	Categorização dos verbos e seus complementos conforme o sentido da ação pretendida	127

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	43
1.1	A Teoria Social do discurso de Fairclough - a análise crítica do discurso ...	43
1.1.1	<u>A concepção tridimensional de Fairclough na análise crítica do discurso</u>	47
1.2	A Educação Problematizadora em Saúde na perspectiva Freireana	51
1.2.1	<u>O compromisso da problematização e da emancipação</u>	52
1.2.2	<u>A tomada de consciência</u>	57
2	TRAJETÓRIA DO ESTUDO	59
2.1	Tipo de Pesquisa e Método	59
2.2	Cenário do Estudo	59
2.3	Participantes da Pesquisa	60
2.4	Procedimentos e estratégias de desenvolvimento da pesquisa	63
2.4.1	<u>1º Passo: Aproximação com o Cenário da Pesquisa</u>	63
2.4.2	<u>2º passo: Seleção e interação dos participantes da pesquisa</u>	63
2.5	Período de coleta dos dados	65
2.6	Questões éticas da pesquisa	65
2.7	Critério para encerramento do trabalho de campo	67
3	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	69
3.1	As dimensões da prática discursiva dos profissionais da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno	69
3.1.1	<u>Representações discursivas dos profissionais de enfermagem apontando os modos de promoção do cuidado materno na Unidade Neonatal</u>	69
3.1.2	<u>Representações discursivas dos profissionais de enfermagem apontando os momentos que promovem o cuidado materno</u>	78
3.1.3	<u>Representações discursivas dos profissionais de enfermagem apontando as justificativas para a promoção do cuidado materno</u>	80
3.2	A prática social dos profissionais da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal	86
3.2.1	<u>As pré-condições para a promoção do cuidado materno na Unidade Neonatal</u> ...	87

3.2.2	<u>Os modos e justificativas da promoção cuidado materno dos profissionais de enfermagem na Unidade Neonatal</u>	97
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	117
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	124
	APÊNDICE B - Instrumento de Entrevista Semiestruturada	126
	APÊNDICE C - Categorização dos verbos e seus complementos conforme o sentido da ação pretendida	127
	ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética	134

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Eleger a promoção do cuidado materno a neonatos prematuros como temática de investigação tem relação com os diferentes contextos em que tenho atuado como enfermeira e docente durante a minha trajetória profissional. Como enfermeira, trabalhando durante dez anos na assistência neonatal em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro e como professora assistente do quadro efetivo da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), tive a oportunidade de cuidar de neonatos prematuros hospitalizados acompanhados de suas mães em diferentes cenários.

Essa vivência profissional possibilitou a realização de reflexões e estudos centrados no neonato prematuro e sua família, destacando-se dentre eles a dissertação de mestrado que versou sobre a vivência das mães de neonatos prematuros durante a internação dos filhos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Este estudo contribuiu para a ampliação da minha visão a respeito das situações vivenciadas pelas mães de neonatos prematuros que permaneciam no Alojamento de Mães e assim traduzir a realidade vivida por elas durante a internação do filho prematuro na UTIN.

Nesse sentido, o estudo apontou que as ações de incentivo à participação materna na recuperação do filho, na visão das mães, estavam direcionadas ao ato biológico de amamentar, mostrando que, muitas vezes, os profissionais associavam a presença materna à ação funcionalista de atender ao objetivo institucional da amamentação, ou seja, permitiam a presença materna, mas não estimulavam sua participação nos cuidados; incentivavam a amamentação, mas não ampliavam o olhar para os aspectos de humanização e acolhimento que esta iniciativa traz em seu bojo (ARAÚJO, 2007; ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Dessa forma, o Alojamento de Mães¹, configurou-se como um espaço para permanência da mãe do prematuro durante a internação na UTIN, como forma de atender ao artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente. No entanto, o estudo mostrou que a permanência das mães na unidade hospitalar não estava associada a uma participação ativa nos cuidados ao filho internado, ou seja, ela estava presente na Unidade Neonatal (UN), mas não era presença junto ao filho. Esses dados confirmaram a falta de uma rotina que

¹ Corresponde a uma área física para acomodar as mães que estão de alta hospitalar e cujos filhos necessitam ficar internados no complexo neonatal. Assim sendo, a mãe tem possibilidade de visitar o recém-nascido a qualquer momento do dia ou da noite, contando com apoio profissional, incluindo-se o do banco de leite para ajudá-las na manutenção da amamentação.

viabilizasse a participação das mães no cuidado ao filho prematuro (ARAÚJO, 2007; ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

As mulheres entrevistadas no estudo declararam, ainda, em suas falas, que a permanência no alojamento materno estava ligada à ação de cumprir o papel de ser mãe, socialmente construído, e inserido em seus mundos-vida. Nesse pensar, as mães revelaram que a presença materna nos cuidados ao filho representava uma possibilidade de buscar segurança, mostrando que o ato de cuidar antecipadamente possibilitaria reconhecer o bebê como seus filhos, e os bebês as reconhecerem como mães capazes de lidar com este ser tão pequenino (ARAÚJO, 2007).

Assim, na perspectiva de captar a vivência das mães, foi possível compreender que elas percebiam o cuidado realizado pelos profissionais de forma fria, mecanizada e funcionalista, direcionado ao atendimento de ações estabelecidas por programas ou iniciativas.

Contudo, essas mães não se sentiam acolhidas e incluídas no processo de cuidar. A partir desse estudo passei a refletir na importância do envolvimento profissional como intermediador entre mãe e filho nesse momento de fragilidades e incertezas que se mostra na internação do neonato prematuro na UTIN.

Diante dos achados do meu estudo passei a olhar o meu cotidiano na UN de uma forma diferente, me questionando a todo o tempo sobre o fazer da equipe de enfermagem, como criar espaços de diálogo com a mãe, como incluir a mãe como sujeito ativo no processo de cuidado ao filho prematuro, como possibilitar que a mãe reflita sobre suas ações de cuidado e conseqüentemente como possibilitar que esse cuidado faça sentido para ela.

Então, vislumbrei a possibilidade da UTIN ser um espaço de diálogo, aprendizado e interação entre mãe e profissionais, que incentivasse a transformação das pessoas e do contexto, a partir de um processo de ação-reflexão-ação nesse espaço educativo.

Passei, então, a me aprofundar em estudos e cursos que focassem o cuidado humanizado para que pudesse aplicar juntamente com as mães, e, assim, viabilizar a participação delas como sujeito ativo no cuidado ao filho ainda na UTIN.

Ainda refletindo sobre o “nosso fazer” diante das mães de prematuros, pude notar que como enfermeira neonatal assistencial, eu considerava o que era importante para a mãe, planejava e determinava o que seria concedido a esta mãe no cuidado ao filho prematuro durante a internação.

Nesse sentido, percebi que apesar das mães serem consideradas como importantes e necessárias ao lado do filho, parece que o cuidado materno obedecia aos ditames da equipe de

enfermagem, guiado por normas e rotinas instituídas. Percebi várias ações que não agregavam a participação materna nos cuidados ao filho, e pelo contrário, corroboravam para o afastamento mãe-bebê, tais como: o pré-julgamento materno, caso elas não aparecessem na unidade, bem como a falta de estímulos a realização dos cuidados de higiene e alimentação.

Além disso, a impossibilidade do toque e aproximação nos primeiros minutos de vida devido a instabilidade do neonato ocasionava mais insegurança nas mães, que ficavam suscetíveis ao desenvolvimento do luto antecipado e o não reconhecimento do neonato como seu filho, necessitando, algumas vezes, de um cuidado diferenciado para o estímulo a vinculação (MELO; SOUZA; PAULA, 2013).

Então, pude perceber que o cuidado materno que estabelecia era algo prescritivo, pré-determinado e direcionado a reprodução de ações funcionalistas para atendimento de metas institucionais. Essas ações se baseavam no funcionalismo organicista, com o objetivo de garantir o bom funcionamento do sistema e do organismo social (LOUREIRO, 2006).

Essa prática verticalizada adotada na minha assistência profissional era típica de uma educação bancária, na qual não fazia nada mais do que transferir conhecimentos para as mães, como um “depósito” de valores, ao invés de oportunizá-las ao cuidado materno (FREIRE, 2013c).

Esse modelo bancário de educação adotado é criticado por Freire (2013c) que defende um modelo de educação na qual todos são ouvidos, em uma relação dialógica.

Assim, nem sempre possibilitava a participação da mãe nos cuidados ao filho prematuro hospitalizado e conseqüentemente dificultava o estabelecimento de uma relação dialógica e empática entre o profissional – mãe.

Outro aspecto a ser considerado, acontece no momento da realização de procedimentos invasivos no neonato pela equipe de saúde, quando se solicita a saída da mãe da UN. Nesse caso, passei a refletir sobre como se comporta emocionalmente a mãe ao observar situações que são repetidas inúmeras vezes no ambiente intensivo, tais como, punção venosa, aspiração de tubo ou uma simples troca de curativo, com o mesmo temor por estar distante e não ter a permissão de dar o acalento ao filho naquele momento. E ainda, o que me causa maior estranheza é a aceitação dessas ações como parte da rotina intensiva da unidade, onde parece se estabelecer uma relação hegemônica da equipe de saúde sobre as mães, tornando determinadas estruturas sociais hegemônicas como parte do senso comum legitimador e assim sustentando a relação de dominação dos profissionais sobre as mães oprimidas (FAIRCLOUGH, 2012; FREIRE, 2013c).

Diante dessa situação, passei a perceber a necessidade de ter a mãe do prematuro como aliada ao cuidado da criança e notava que ela, apesar da insegurança e medo, se mostrava receptiva ao convidá-la para acalmar seu filho durante algum procedimento. Inicialmente, o convite a permanecer junto durante a realização de um procedimento com o prematuro causou certa estranheza e desconfiança nas mesmas, mas aos poucos elas foram percebendo o quão era necessária a sua presença para acalmar o filho e a si mesma.

À medida que me aprofundava nos estudos, mais valorizava a importância da inclusão da mãe no cuidado com seu filho. Desse modo, a inclusão de ações maternas nos cuidados, tais como: a sucção não nutritiva realizada pela mãe associada à contenção facilitada durante um procedimento doloroso auxiliava na redução da dor no filho. A administração das dietas por gavagem em contato pele a pele com a mãe e com sucção não nutritiva no dedo ou na mama materna, estimulavam a vinculação e, muitas vezes, a amamentação em mães sem produção láctea. A valorização ao toque positivo materno em prematuros com poucas horas de vida e escuta sensível a mãe nesse primeiro momento, traziam um bem estar ao bebê e a mãe (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007; VENSON; FUJINAGA; CZLUNIAH, 2010).

Além disso, a utilização do colostro como auxiliador na melhora do prematuro, estimulava a mãe a participar precocemente dos cuidados ao filho, mesmo estando instável ou até mesmo com alta gravidade.

Posteriormente, diante da minha vivência como mãe pude comprovar o quão valioso é o cuidado materno para o envolvimento afetivo, reconhecimento das necessidades do filho e, ainda, para a construção da autonomia materna no cuidado ao neonato. E, assim constatei que quanto mais envolvida a mãe esteja no cuidado com seu recém-nascido, mais ela pode se tornar autônoma e independente no cuidado com o mesmo.

Desse modo, pressupondo que a visão funcionalista que possuía antes de buscar aprofundamento na temática desse estudo possa ser algo presente no saber-fazer da equipe de enfermagem que assiste ao prematuro e sua família na UN e entendendo que nessa unidade a equipe de enfermagem precisa criar espaços de diálogo com a mãe, me dispus a estudar sobre a promoção do cuidado materno ao bebê prematuro na Unidade Neonatal sob a ótica da equipe de enfermagem em nível de doutorado.

Contextualizando a temática e delimitando o objeto de estudo

O cuidado materno ao bebê prematuro dentro da UN sofreu grandes variações ao longo da história da Neonatologia, sendo influenciado pela assistência neonatal, desde a implantação das primeiras unidades neonatais até a preocupação atual com a qualidade de vida do prematuro egresso da terapia intensiva e sua família.

Nesse sentido, faz-se necessário retroceder no tempo, para que se possa compreender o contexto que levou as mães a serem distanciadas dos cuidados prestados ao filho.

Em meados do século XIX, o parto era realizado por parteiras no ambiente domiciliar, cercado de parentes, sendo o neonato mantido juntamente à mãe, após o nascimento. O parto era considerado uma experiência arriscada devido ao grande índice de mortalidade materno-infantil. Portanto, no parto ocorrido prematuramente esperava-se que o recém-nascido evoluísse a óbito. Não se tentava realizar alternativas para a sobrevivência, por se acreditar que assim como os bebês malformados, eles sofreriam a seleção natural por não se adaptarem à vida. Este fato foi elucidado por Avery, Fletchek e Macdobald (2009, p. 3):

Antigamente os obstetras se preocupavam apenas se o bebê havia nascido vivo. Havia um sentimento de que a seleção natural se encarregaria das crianças menos “adaptadas” à sobrevivência, tal como sugerido pelo termo “fracote” atribuído às crianças prematuras.

Entretanto, diante do risco de despovoamento na Europa, ocasionado pelas altas taxas de mortalidade somadas à queda nas taxas de natalidade, entre 1870 e 1920, iniciou-se uma campanha social de preservação da vida e da saúde de todas as crianças, ampliando-se o foco para a assistência preventiva com a instituição de políticas de atenção à saúde materno-infantil. Dentre essas ações, destaca-se a institucionalização do parto, objetivando o controle do desenvolvimento da população e o aprofundamento em estudos sobre os processos fisiopatológicos referentes à gestante, ao parto e ao recém-nascido (COSTA; PADILHA, 2012).

Assim, o avanço no desenvolvimento científico e tecnológico, trouxe a possibilidade de intervenção médica na melhoria das condições de saúde materno-infantil (COSTA; PADILHA, 2012). Nesse período, também se iniciaram os estudos para a assistência ao bebê prematuro (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Os estudos voltados para os cuidados neonatais se iniciaram na França, no final do século XIX, tendo como precursor o obstetra francês Stephane Etienne Tarnier que, ao visitar um jardim de aclimatação no zoológico de Paris, observou a exposição de gaiolas aquecidas para o desenvolvimento de pássaros. Após essa visita, idealizou a primeira incubadora que foi construída pelo confeccionador de gaiolas Odile Martin (LAMY, 1995).

A incubadora de ar aquecida, nomeada de “Tarnier - Martin Couvesse” foi utilizada primeiramente no hospital maternidade de Paris, no ano de 1880, e teve um impacto positivo na redução da mortalidade de 66% para 38% em bebês menores de 2Kg (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

A partir dessa época, o obstetra Budin, discípulo de Tarnier deu continuidade aos estudos acerca do recém-nascido prematuro, ampliando sua observação e preocupação com o neonato para além da sala de parto. Dessa forma, em 1888, Budin publicou seus primeiros artigos sobre os cuidados aos neonatos pré-terms e em 1892 criou o primeiro ambulatório de Puericultura no Hospital de Caridade de Paris. Neste hospital maternidade, normatizou o atendimento a bebês nascidos prematuramente, desenvolvendo o *Departamento Especial para Debilitados*, com o apoio da parteira madame Henry (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

A mudança significativa na assistência à prematuridade evidenciou-se com o discípulo de Budin, o obstetra alemão Martin Couney. Durante a exposição de Berlim, em 1896, ele demonstrou uma versão modificada da incubadora de Tarnier, a famosa *Kinderbrutanstalt* ou *chocadeira infantil* foi apresentada ao público, com bebês prematuros vivos, doados pelo hospital de Berlin por serem considerados inviáveis (KLAUS; KENNEL, 1993).

Couney obteve sucesso e durante quatro décadas exibiu os bebês prematuros em suas incubadoras nas feiras e exposições importantes ao redor do mundo. Desta forma, pôde cuidar com êxito de cinco mil neonatos, mostrando, na prática, que sua incubadora oferecia a possibilidade de sobrevivência desses seres pequeninos (KLAUS; KENNEL, 1993).

Durante as exposições, devido ao interesse mórbido da população pelos neonatos pré-terms, Couney decidiu promover exposições de bebês imaturos cobrando entrada e adquirindo uma boa renda. A morte dos bebês era frequente, mas logo ele era substituído por um novo bebê arrecadado de outro hospital (ARAÚJO, 2007).

As mães desses bebês tinham condições de livre acesso às exposições, porém não podiam cuidar dos filhos. O cuidado aos neonatos era feito pelas enfermeiras contratadas para exposição. Esta conduta de Couney era o oposto do desejo de Budin, que via nas mães a continuidade da vida das crianças. Assim, como as mães não desenvolviam o compromisso de

cuidar dos filhos, conseqüentemente apresentavam dificuldades em levá-los para casa, quando os mesmos adquiriam o peso ideal de 2,5 Kg (KLAUS; KENNEL, 1993).

Couney acreditava tanto na sua invenção, que até mesmo sua filha, que nasceu prematuramente obteve os benefícios da incubadora de exibição por três meses. Anos mais tarde, Hildegard tornou-se enfermeira e fazia parte da equipe especializada que atuava nas exibições de seu pai (KLAUS; KENNEL, 1993).

No final do século XIX, devido à preocupação com a assistência ao neonato advindo da prática obstétrica, surgiram na Europa as primeiras instalações de berçários, cuja finalidade era diminuir a morbimortalidade através da manutenção e restauração das condições de vitalidade, termoregulação neonatal, administração de alimentação com técnica apropriada e prevenção de infecção através do isolamento. O recém-nascido ainda não tinha tratamento definido pelos pediatras, sendo disputado também pelos obstetras por entenderem a assistência ao neonato como um prolongamento da assistência obstétrica (COSTA; PADILHA, 2012; DITZ, 2009; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Nesse período, é estabelecida uma disputa entre obstetras e pediatras pela assistência aos recém-nascidos. Em 1916, constata-se que “a criança recém-nascida estava em uma terra sem homens (*no-man's land*) entre a obstetrícia e a pediatria” (LUSSKY, 1999, p. 31).

Desse modo, a promoção da sobrevivência dos bebês debilitados na adaptação à vida extrauterina justificava os investimentos sociais e econômicos para a redução da mortalidade infantil, consolidando o novo poder-saber médico da Neonatologia (COSTA; PADILHA, 2012).

Neste contexto, o médico francês Budin publica seu primeiro livro, que se destinou a descrever os cuidados hospitalares e domiciliares prestados aos bebês prematuros e a termo. Budin foi responsável por instituir princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal. Em seu livro ‘*The Nursling*’, traduzido para o português “O lactente”, Budin descrevia os cuidados necessários com a alimentação natural e artificial, destacava a importância do pré-natal, associando a realização deste pela mãe com maiores probabilidades de sobrevivência do bebê, investigava as possíveis causas de mortalidade neonatal, apontando a temperatura retal baixa como fator de risco e destacava a importância da mãe nos cuidados ao recém-nascido a fim de aumentar seu interesse pelo filho:

Infelizmente [...] um certo número de mães abandonam os bebês, cujas necessidades não tiveram que atender, e pelos quais perderam todo o interesse. A vida do pequenino foi salva, é verdade, mas às expensas da mãe (KLAUS; KENNEL, 1993, p. 171).

O referido autor ainda destaca, em seu livro, a importância do aleitamento materno, recomendando que as mães visitassem e cuidassem de seus filhos nos berçários, e assim promove o uso de incubadoras com paredes de vidros para que as mães pudessem visualizar o filho. O incentivo do cuidado materno, na visão de Budin, era de estimulá-las a perceber as necessidades de seus filhos durante a internação, possibilitando assim uma intimidade maior entre eles, um incentivo ao vínculo mãe-bebê e a diminuição do risco de abandono (KLAUS; KENNELL, 1993).

As taxas de mortalidade neonatal permaneceram altas no início do século XX, sendo a prematuridade e as infecções hospitalares as principais responsáveis por esses óbitos. Diante desse quadro, foi estabelecido nos berçários o isolamento rigoroso dos neonatos a fim de evitar infecções, enfatizando a limpeza e esterilização. Sendo assim, as visitas parentais foram desencorajadas e as mães impedidas de se responsabilizar pelo cuidado de seus filhos. Essa metodologia assistencial correspondeu em uma das primeiras barreiras para a relação mãe e filho e contribuíram para excluir totalmente a mãe dos cuidados ao filho prematuro (DITZ, 2009).

Na primeira década do século XX os avanços tecnocientíficos proporcionaram uma redução na taxa de mortalidade, assim como o isolamento estrito do neonato controlou os índices de infecção hospitalar na Europa. No entanto, essas medidas provocaram o afastamento entre mãe e filho, impossibilitando os cuidados maternos (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

A década de trinta foi marcada pela atenção aos problemas respiratórios e por grandes descobertas como a criação do “Box de Oxigênio Hess” pelo pediatra Julius Hess, em 1934, sendo utilizado para o tratamento de neonatos com distúrbios respiratórios. Outras descobertas importantes foram a descrição da Síndrome da Angústia Respiratória por Faber e Wilson, em 1932 e de outros distúrbios pulmonares, em 1937, por Albretch Peiper.

Nesta mesma década, dentre outras inovações, ainda teve-se o advento da incubadora moderna, conhecida como “Isollete” em 1938, criada por Charles Chapple no Childrens’s Hospital, na Filadélfia e também ocorreu a identificação da incompatibilidade dos Grupos Sanguíneos materno-fetais, bem como o desenvolvimento de respiradores para os neonatos com distúrbios respiratórios (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

No início do século XX, no Brasil, a taxa de natimortalidade era a mais alta entre os países subdesenvolvidos, apontando a necessidade de investimentos na saúde neonatal (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2004).

Nesse sentido, em 1903, a criação do Serviço de Incubadoras no Dispensário Moncorvo possibilitou o início da assistência neonatal brasileira, sendo prosseguida pela Policlínica das Crianças, em 1910, sob a direção do médico Antônio Fernandes Figueira. A partir dessa assistência baseada na tecnologia estrangeira, principalmente voltada aos prematuros, bem como os cuidados pré-natais específicos associados a uma assistência de qualidade, houve um declínio das taxas de morbimortalidade perinatal e neonatal (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2004).

Entretanto, os primeiros berçários brasileiros surgiram somente em 1945, em número reduzido, com leitos insuficientes, poucos profissionais, materiais e insumos para atender a demanda de cuidado. Os berçários eram setores hospitalares que abrigavam tanto bebês a termo sem complicações quanto bebês graves, enfatizando além da termorregulação, alimentação e prevenção de infecções neonatais, também o equilíbrio hidroeletrólítico e do sistema cardiorrespiratório dos recém-nascidos. Este cenário ainda restringia a visita materna durante toda a internação do neonato e o cuidado materno era realizado de forma esporádica e descontínua (COSTA; PADILHA, 2012; KAMADA; ROCHA; BARBEIRA, 2003).

Nessa época não havia preocupação em aproximar a mãe do bebê, mas em encaminhá-lo ao berçário para a realização do exame físico, dos cuidados de higiene e para ser amamentado pela mãe na unidade de internação. A amamentação era permitida para os neonatos sadios após 12 horas de vida, no período diurno, ficando o bebê por dez minutos em cada seio e com intervalo de três horas. As mamadas eram suspensas durante a noite para repouso da mãe e descanso do aparelho digestivo do neonato (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005)

Os bebês eram levados para serem amamentados em carrinhos compridos, com identificação em pulseiras de esparadrapo e respeitando os horários da rotina da instituição. Comumente utilizavam-se bicos e chupetas, água, chá e soro glicosado para complementar a alimentação dos bebês, principalmente no período noturno, quando porventura apresentassem dificuldade na amamentação. Muitas vezes a mãe passava mais de 12 horas para ver o filho pela primeira vez, mesmo nascido saudável e a termo (GREGORIO; PADILHA, 2012).

Ainda durante a década de 40, os cuidados prestados ao neonato pelas enfermeiras começam a ser normatizados e divulgados através de artigos, sendo enfatizados a higiene corporal, cuidados com o coto umbilical, verificação do peso, sinais vitais, alimentação,

hidratação e orientações aos pais na alta do bebê. Esta última deveria compreender orientações quanto aos cuidados gerais e orientações de retorno ambulatorial (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

Nesse mesmo período, o conhecimento acerca da umidade para conservação da temperatura corporal e redução da mortalidade permitiu um grande avanço nos cuidados neonatais, passando o recém-nascido a ficar despido na incubadora a fim de ser melhor observado (KLAUS; FANNAROFF, 1995). As visitas parentais ao prematuro continuavam reduzidas, permitidas, apenas, duas vezes por semana por um período máximo de uma hora. Os centros de atendimentos ao neonato tinham normas rígidas e regulamentos severos de isolamento do neonato com o intuito de prevenir a disseminação de infecções nas maternidades e berçários (AVERY, FLETCHER; MACDOBALD, 2009; DITZ, 2009; KENNEL; KLAUS, 1998).

Nos berçários, além de abrigarem os bebês por um longo período afastado das mães, muitas vezes, tinham profissionais que determinavam regras com relação as vestimentas e a amamentação para as mães no encontro com os filhos, fazendo com que as mães não se sentissem responsáveis pelos cuidados ao bebê. A amamentação era realizada em horários pré-determinados para todos os neonatos, sendo a amamentação cruzada algo constante pelo desconhecimento dos riscos advindos. O horário de recolher os bebês das mães era rígido, independente do neonato ter sido amamentado ou não. Nesse contexto, eram desconsideradas as necessidades que as mães tinham de cuidar, tocar, observar e conhecer seu filho (GREGÓRIO; PADILHA, 2012).

Portanto, o poder institucional prejudicava a relação mãe-filho e, através dos profissionais, se matinha o controle e a sujeição como política de coerção para manter o indivíduo dócil e útil. Dessa forma, os profissionais determinavam o cuidado permitido, no momento e da forma como eles queriam (GREGÓRIO; PADILHA, 2012).

Nas décadas de 50 e 60, pesquisas sobre o vínculo entre pais e bebê demonstraram que a ligação afetiva era parte de um sistema de comportamento necessário à proteção da espécie. Partindo do princípio que os bebês são indefesos e dependentes de cuidados para sobreviver durante os primeiros anos de vida, o apego dos bebês aos pais ou cuidadores é o que possibilitaria a sobrevivência da espécie (BOWLBY, 2010).

Nesse sentido, a partir de 1965, passou a serem enfatizados os benefícios psicológicos, imunizantes, nutritivos e econômicos do aleitamento materno, sendo especialmente valorizado o colostro, por seu teor nutritivo e estimulante da lactação. Dentre os benefícios psicológicos

destacam-se a segurança emocional do bebê e a possibilidade de estreitar o vínculo entre mãe e filho (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

Nesse mesmo período, inicia-se a prática de medicalização do nascimento no Brasil, com a instituição crescente de práticas intervencionistas sobre o binômio mãe-filho e, conseqüentemente sobre eles e a família.

Ao longo do século XX, aos poucos os berçários, hoje em desuso e denominados de tradicionais, foram sendo transformados em Unidades de Internação Neonatal e posteriormente em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) (COSTA; PADILHA; MONTICELLI, 2010; DITZ, 2009).

Assim, em meados da década de 70 a UTIN se constituía em centro especial apropriado ao prematuro de alto risco, contando com uma tecnologia de ponta, uma equipe multidisciplinar competente e técnicas para diagnóstico e terapêutica avançados a fim de garantir a sobrevivência do neonato prematuro a qualquer custo. Então, esse setor passou a se configurar como um espaço para o desenvolvimento de cuidados intensivos a todos os bebês doentes independentemente de serem prematuros. O barulho intenso, a manipulação constante e a luz incessante causavam estresse aos bebês internados (COSTA; PADILHA, 2012).

Nessa mesma década, passa-se a reconhecer os recém-nascidos como criaturas dotadas de complexas capacidades, tendo os sentidos de visão, audição, paladar, tato e olfato presentes desde o nascimento. Destacam-se estudos acerca das capacidades sensoriais dos neonatos, características comportamentais e identificação dos estados de consciência (ARAÚJO, 2007).

Nesse contexto, os estudos sobre a atenção para a importância materna nos cuidados ao neonato prematuro foram retomados por Klaus e Kennell (1993), que ao observarem prematuros egressos da terapia intensiva, perceberam sinais de negligência, maus tratos e abuso-infantil produzidos por seus familiares. Essas crianças apresentavam déficit no crescimento, necessitando de reinternações frequentes.

Além disso, a incidência de maus tratos oito vezes maior (3,9%) em bebês prematuros egressos da terapia intensiva, se comparado à de maus tratos nos bebês a termo (0,5%) reforçava a necessidade de mudanças na assistência ao prematuro e sua família (KLAUS; KENNEL, 1993).

Entretanto, apesar das evidências científicas comprovarem que a presença materna nos berçários favoreceria positivamente a vinculação ente mãe e filho, e que essa permanência não estava relacionada ao aumento das taxas de infecção neonatal, a permissão da mesma acompanhar o filho na UN não se configurou como uma realidade, impossibilitando, assim, o cuidado materno. Logo, o cuidado ao recém-nascido apenas era realizado de forma

especializada por enfermeiras, que ainda adotavam a política do isolamento restrito do prematuro, na qual era autorizada apenas a contemplação dos neonatos por seus pais através de visores (DITZ, 2009; KLAUS; KENNEL, 1993; TAMEZ, 2013).

Desse modo, através dos Manuais da Academia Americana de Pediatria foram introduzidos, progressivamente no Brasil, os conceitos neonatais e perinatais; normas de instalação de berçários de alto risco, alojamento conjunto e lactário; determinação de recursos humanos, materiais e equipamentos necessários para o cuidado intensivo; normas de atendimento ao recém-nascido na sala de parto e prevenção contra infecções (DITZ et al., 2011).

A década de 80 foi marcada pela intensificação dos estudos acerca da prematuridade, abordando não só aspectos físicos, mas enfatizando também a parte fisiológica dos neonatos prematuros. Neste momento, há uma valorização das reações apresentadas pelos bebês imaturos aos estímulos externos, identificando os estímulos agressores nas UTINs, como promotores de stress. Desta forma, o recém-nascido não é mais visto como um simples corpo insensível, mas como um ser dotado de sensibilidades capazes de interferir negativa ou positivamente em sua evolução clínica (LAMY, 1995).

Entretanto, ao mesmo tempo que houve uma evolução no entendimento do neonato como um ser dotado de sensibilidade, ainda percebia-se a mãe como apenas um meio de possibilitar os benefícios ao bebê prematuro, ou seja, como um objeto e não como um ser sujeito do cuidado (ROCHA; FERREIRA, 2013).

Traduzindo essa prática, a visão biologicista da amamentação, desenvolvida por meio do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), simplificava o ato de amamentar uma ação exclusivamente relacionada ao binômio mãe-filho, como um ato inato, instintivo e biológico. Nessa perspectiva, tinha uma tendência a reduzir a mulher a um simples par de mamas, não somente adotando uma abordagem de responsabilização materna ao sucesso da amamentação, mas também de culpabilização pelo insucesso. Essa conduta adotada na PNAIM em 1981 traduzia a essência das diretrizes que norteavam a maioria das ações de capacitação de profissionais de saúde ao longo dessa década (ALMEIDA; GOMES, 1998).

Nos anos 90, a sobrevivência de bebês cada vez mais prematuros passou a ser garantida por meio de aparelhos sofisticados, medicamentos de última geração e equipe médica e de enfermagem especializadas. Monitores modernos são capazes de detectar alterações mínimas nos sinais vitais do bebê e equipamentos cada vez menores são utilizados para exames e

cirurgias, permitindo, assim, a sobrevivência de grande parte de prematuros antes considerados inviáveis.

Então, o paradigma do cuidado ao prematuro passou a ser pautado na preocupação pela qualidade de vida e em humanização da assistência ao mesmo, considerando-o como parte de uma família. Então, as discussões sobre a presença dos pais na internação da criança é amplamente deflagrada, sendo nesse ano promulgada a lei do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que em seu artigo 12, vem garantir legalmente a permanência integral dos pais durante a hospitalização do filho (BRASIL, 1990).

Nessa mesma década, inicia-se uma preocupação crescente quanto à perinatologia, pois a mortalidade neonatal, apesar de drasticamente reduzida, configurava-se na maior proporção de óbitos infantis (60%-70%) em virtude de uma acentuada redução da mortalidade pós-neonatal. Assim, em 1991, o Ministério da Saúde elabora o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), propondo ações de cuidados à unidade mãe-feto e ao recém-nascido (FEBRASGO, 2013).

Em 1993, foram publicadas 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; DITZ, 2009). E apenas em 1997 foi instituída pelo Ministério da Saúde a recomendação de que neonatos sem risco permanecessem ao lado de suas mães recebendo seus cuidados maternos, e não mais em berçários.

Nesse contexto, foi criado o sistema de Alojamento Conjunto (AC) em que o recém-nascido sadio permanece ao lado da mãe o tempo todo, desde o nascimento até a alta hospitalar. Nesse cenário é permitida a realização dos cuidados maternos junto ao seu filho e são dadas as orientações à mãe quanto à saúde do binômio mãe e filho. Esta modalidade de assistência foi implantada visando incentivar a lactação e aleitamento materno, favorecer o relacionamento mãe e filho, o desenvolvimento de programas educacionais, diminuir o risco de infecção hospitalar, evitar complicações maternas e do recém-nascido, estimular a integração da equipe multiprofissional de saúde nos diferentes níveis, bem como cumprir a normatização do Estatuto da Criança e do Adolescente no capítulo 1, artigo 10, inciso V, que obriga a manutenção de alojamento conjunto em hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares. Esta política ainda possui outras vantagens a desativação dos berçários para recém-nascidos normais, e dessa forma substituir os cuidados profissionais pelos cuidados maternos (BRASIL, 1993).

À medida que o sistema de Alojamento Conjunto era estabelecido nas instituições, os berçários de neonatos sem necessidade de cuidados especiais foi sendo desativado. Assim, ao

nascer os recém-natos passaram a sair da sala de parto com as suas mães, para essa unidade de internação e dessa maneira, iniciava-se a preocupação com a interação mãe-bebê, bem como a promoção do vínculo e aleitamento materno ainda na sala de parto. Os profissionais que outrora exerciam controle sobre os cuidados ao recém-nato saudável, necessitaram desde então reverem suas práticas e possibilitar a participação da família, especialmente a da mãe nos cuidados ao bebê no sistema de alojamento conjunto (GREGÓRIO; PADILHA, 2012).

Essa nova modalidade de cuidado gerou alguns conflitos, resistências e tensões, pois o poder sobre o cuidado ao neonato era disputado entre a mãe e o profissional de saúde, em especial os membros da equipe de enfermagem. Dessa forma, houve a necessidade de se estabelecer relações que possibilitassem a mobilidade do poder, do saber e do fazer da mãe e dos profissionais de enfermagem e assim, melhorar a interação entre eles (GREGÓRIO; PADILHA, 2012).

Desse modo, o alojamento conjunto configurou-se como um marco na retomada da proximidade e cuidado materno ao recém-nascido saudável, gerando necessidade da equipe de enfermagem a adaptar-se às novas exigências e a reverem suas práticas. O ato de cuidar que antes era apenas do profissional, agora passava a incluir a participação dos familiares do recém-nascido, principalmente as mães.

No entanto, os recém-natos prematuros ou enfermos, que necessitam de cuidados de saúde não tiveram a mesma oportunidade de serem cuidados por suas mães, permanecendo sob os cuidados especializados da equipe multiprofissional na maior parte do tempo (GREGÓRIO; PADILHA, 2012).

Alguns estudos evidenciaram as repercussões dessa separação precoce entre mãe e o filho prematuro para a saúde mental da mãe e para o desenvolvimento físico e emocional do bebê, tais como: Bowlby (1995), Bretherton (1992) e Klaus e Kennell (1993). Esses estudos sugeriam mudanças nas diretrizes da assistência ao prematuro internado na UTIN, tais como a possibilidade de presença das mães junto ao filho prematuro, de incentivo à participação materna no cuidado ao filho e nas decisões sobre o seu tratamento, de implementação de grupos de apoio às mães e de liberação de visitas por outros membros da família (DITZ, 2009; GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Nessa perspectiva, a preocupação com a qualidade de vida dos neonatos prematuros após a saída da UTIN adquire maior proporção. As sequelas da prematuridade podem ser graves e penosas, tanto para o bebê como para a sua família, que passam a ter que cuidar do filho com problemas no desenvolvimento intelectual, neurológico, da visão e da audição, distúrbios de conduta e risco para vitimização infantil (BRASIL, 2001; SEGRE, 2002).

Frente à nova demanda neonatal, foram organizadas políticas de saúde e programas que preconizavam a mudança no paradigma da assistência ao neonato, antes baseada no modelo biomédico e tecnocrático, para uma concepção humanizada à criança, a mãe e a sua família. Esse novo modelo de atenção à saúde baseia-se nos princípios da equidade, integralidade, participação do usuário, apontando a necessidade de uma reflexão da prática assistencial vigente para uma assistência que valorize a essência humana (MELO SOUZA; PAULA, 2013)

Nessa perspectiva de humanização da assistência ao neonato, é implantada a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru (MC), que recomenda a diminuição de fatores agressores ao desenvolvimento neonatal e estimula o acolhimento mãe-bebê, contato pele a pele precocemente, e participação materna nos cuidados ao filho durante a internação na UTIN (BRASIL, 2011).

Entretanto, apesar do MC já ter sido implantado nos serviços públicos de saúde há aproximadamente uma década, existem ainda muitos obstáculos à sua implementação. A presença materna na UN, já garantida desde 1990, ainda se mostra desvalorizada no contexto do cuidado neonatal. E nesse sentido, os profissionais mesmo estando atualizados com relação à assistência humanizada, não praticam, muitas vezes, essa “tecnologia leve”² no seu fazer diário (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; MELO; SOUZA; PAULA, 2013).

Reforçando este pensar, alguns estudos apontam que quando a criança nasce prematura e necessita de cuidados especializados na UTIN, a mãe passa a ser mera expectadora dos cuidados prestados ao filho pela equipe de saúde. Associado a um cenário aterrorizante e altamente tecnológico que produz incerteza e insegurança na mãe em relação à vida de seu filho fora daquele ambiente (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Assim, no entendimento das mães, a forma delicada e precisa com que os enfermeiros cuidam de seu filho, trazem a dimensão de sua incapacidade de auxiliá-lo. Neste cenário, é comum a mãe se sentir culpada por não saber cuidar de seu próprio filho, vendo a enfermeira como figura materna ideal (ARAÚJO, 2007; ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; PINTO; BARBOSA, 2007).

Vale ressaltar que o cuidado materno na infância é importante para a saúde mental futura da criança, sendo esta relação calorosa e íntima entre o bebê e sua mãe, na qual ambos encontrem prazer e satisfação, responsável para a formação de uma base sólida que

² Baseadas nas ciências comportamentais, nas relações de vínculo, cuidado e acolhimento, a tecnologia leve compreende o acolhimento profissional ao neonato e sua família, a sua relação com o usuário, o acesso, o vínculo e as emoções compartilhadas (HONORATO et al., 2015).

influenciará positivamente no desenvolvimento da personalidade da criança (BOWLBY, 2010).

O compromisso do cuidado materno ao seu bebê está diretamente relacionado aos laços afetivos estabelecidos entre mãe e filho. Da mesma forma, quando a mãe vê, toca e cuida do filho promove o estreitamento desses laços afetivos. Esse fenômeno de preocupação e afeição faz a mãe tornar-se comprometida com a criança, que está sob seus cuidados durante os primeiros meses ou anos de vida (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; MELO; SOUZA; PAULA, 2012)

O poder desta afetividade permite a mãe desenvolver sacrifícios, necessários ao cuidado do bebê, conferindo proteção, preocupação, provisão de necessidades sentidas pelo filho em detrimento de suas próprias necessidades, dia após dia, noite após noite (ARAÚJO; RODRIGUES; PACHECO, 2015).

Cabe destacar que desde a década de 70, estudiosos apontavam que em situações de prematuridade do bebê, quando a separação entre mãe e filho ocorre no nascimento a fim de que o neonato receba cuidados intensivos necessários à vida, o desenvolvimento do cuidado materno era evidenciado como um fator positivo no estreitamento de laços afetivos entre o binômio, levando ao aumento da responsabilidade materna pela vida da criança. Além de que, o interesse pelos cuidados ao filho prematuro é responsável ainda por diminuir as chances de abandono da criança (KLAUS; KENNEL, 1976).

Nesta mesma linha de pensar, Bowlby (1995), quase duas décadas depois, evidenciou os efeitos desastrosos da separação entre mãe e filho em creches, instituições e hospitais, atribuindo várias formas de neuroses e desordens de caráter como consequência da privação de cuidados maternos e de uma descontinuidade na relação da criança com a figura materna durante os primeiros anos de vida.

Dessa forma o cuidado materno pode contribuir positivamente na vinculação, pois ele representa um conjunto de ações ambientais e biopsicossociais que possibilitam a atenção integral da mãe com o seu filho, de forma que este se desenvolva bem ao seu lado. Dentre os benefícios da participação materna nos cuidados ao filho prematuro destaca-se o aumento no ganho ponderal do bebê, melhores condutas neurocomportamentais e cognitivas da criança e na modelagem da arquitetura cerebral, bem êxito no tratamento clínico tais como a redução do grau de dependência do ventilador, desenvolvimento de sucção não nutritiva mais precoce e autorregulação. Enfim, o cuidado materno ainda é responsável por diminuir o tempo de internação, os custos do cuidado prestado, a procura em unidades de pronto-atendimento 24

horas, bem como o número de reinternações nos hospitais (MARTÍNEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007; SILVA; VIEIRA, 2008).

No entanto, um estudo desenvolvido por Siqueira e Dias (2011), que objetivou a análise da percepção materna sobre vivência e aprendizado no cuidado ao filho prematuro, identificou a ausência de sistematização do acolhimento e capacitação das mães no cuidado de seus filhos na UN, contrapondo com ações que visavam a integralidade do cuidado, ações que favoreciam o fortalecimento do vínculo e incentivo ao aleitamento materno vinculadas a política de humanização da assistência praticada na Enfermaria Canguru.

Essa ausência de sistematização nas ações educativas nas Unidades Neonatais acabou gerando informações contraditórias às mães, interferindo negativamente na compreensão quanto aos cuidados do recém-nascido no domicílio, após a alta hospitalar (DUARTE et al., 2010; LELIS; MACHADO; CARDOSO, 2009; SOUZA et al., 2010).

Desse modo, entendendo que o cuidado materno é de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro e que a equipe de enfermagem é responsável por promover o cuidado materno junto a seu filho prematuro de modo adequado, eficaz, emancipatório e responsável, de forma mais precoce possível, traçou-se como questões norteadoras deste estudo:

- a) Em que circunstâncias a equipe de enfermagem promove o cuidado materno ao filho prematuro na UN?
- b) Em que condições a equipe de enfermagem promove o cuidado materno ao filho prematuro durante a internação na UN?

Objeto de estudo

- a) A promoção do cuidado materno ao filho prematuro durante a internação hospitalar na UN.

Objetivos

- a) Descrever as práticas discursivas e social da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal;
- b) Analisar o discurso da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal;

- c) Discutir a promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal pela equipe de enfermagem na perspectiva da educação problematizadora em saúde.

Justificativa do Estudo

O Brasil alcançou, ainda em 2011, a meta 4 dos *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*³ ao reduzir a taxa de mortalidade infantil brasileira para 15,3 por mil nascidos vivos (LANSKY et al., 2014).

No entanto, apesar desse avanço, a mortalidade neonatal ainda representa o principal componente da Mortalidade Infantil no Brasil. A justificativa para isso se dá através da melhoria da assistência e do acesso à saúde, assim como aumento da viabilidade fetal, que desloca esses óbitos para o período neonatal precoce (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, com o aumento da viabilidade fetal, as sequelas advindas da prematuridade tais como: os distúrbios funcionais, as alterações neurológicas, motoras, cognitivas e sensoriais, juntamente com atraso no crescimento e desenvolvimento e as repercussões sociais e familiares passaram a ser um problema de saúde pública, apontando a necessidade da incorporação da família, principalmente a mãe, como aliada no cuidado do bebê prematuro desde o nascimento (ARAÚJO, 2007; SIQUEIRA; DIAS, 2011).

Cabe ressaltar que diante do bebê prematuro é essencial que a mãe tenha suporte para descobrir seu filho, de modo que identifique as habilidades, competências e respostas do bebê na interação com o meio. Esse suporte pode ser oferecido através da promoção do cuidado materno (OLIVEIRA et al., 2009; SÁ et al., 2010).

Portanto, durante a hospitalização do neonato prematuro na UTIN a equipe de enfermagem deve estabelecer uma relação de diálogo com as mães no intuito de instrumentalizá-las para a participação da assistência ao filho de forma autônoma. A participação das mães contribui para minimizar os efeitos da privação e isolamento que os bebês se encontram, ainda podendo minimizar traumas decorrentes do processo terapêutico (ARAÚJO; RODRIGUES; PACHECO, 2015).

Além disso, a segurança e tranquilidade materna durante o período de internação do filho na UTIN pode ser alcançada quando se instrumentaliza a mesma cuidar do bebê,

³ Compromisso dos países integrantes das Nações Unidas para melhorar a saúde infantil e reduzir em 2/3 a mortalidade infantil entre 1990 e 2015.

orientando e sanando dúvidas quanto ao estado de saúde e os cuidados com seu filho. As mães que cuidam dos filhos prematuros e que participam das tomadas de decisões durante a internação do mesmo na UTIN possuem mais habilidades e menos ansiedade para assumir responsabilidades no cuidado ao filho após a alta hospitalar (CHIODI, 2012; GAÍVA; SCOCHI, 2005; SÁ et al., 2010).

Neste pensar, a equipe de enfermagem deve incentivar as mães a verem e sentirem seus filhos, bem como orientá-las desde a admissão do bebê na UTIN, devendo valorizar aspectos referentes às características do bebê, aconselhamento sobre o aleitamento materno, higiene, cuidados com o coto umbilical, vacinas, prevenção de infecções respiratórias e gastrointestinais, ensinar procedimentos quanto às intercorrências comuns nos prematuros (regurgitações e cólicas), realização do banho, troca de fraldas, curativos, medicações, sono e repouso, prevenção de perda de calor e superaquecimento do bebê (OLIVEIRA et al., 2009; SÁ et al., 2010; SILVA et al., 2006).

Faz-se necessário, entretanto, que as orientações sobre cuidado materno ao filho sejam diárias e contínuas, devendo a mãe ser introduzida gradativamente no processo de cuidado. Inicialmente, estimula-se a realização de cuidados mais simples, como higiene, banho, troca de fraldas, toque, alimentação da criança e vai gradativamente aprofundando os cuidados até a assistência integral (SILVA et al., 2006).

Neste pensar, a realização deste estudo se justifica pela importância da mãe estar no centro do cuidado junto a seu filho, como sujeito ativo do processo e os benefícios advindos dessa transformação.

Além disso, gerar um bebê fora dos padrões de normalidade, ditados pela cultura e pela ciência, torna-se assustador aos pais, podendo dificultar a transição da imagem do bebê ideal para o filho real, e podem sobrepor as fases de luto, adaptação e aprendizado de novas formas de cuidar. Sendo assim, terão dificuldade e despreparo para a realização de cuidados especiais a este ser pequenino (KLAUS, M.; KENNEL; KLAUS, P., 2000).

Portanto, dentre os elementos envolvidos na questão da prematuridade, o impacto da qualidade da vinculação mãe-bebê prematuro é de grande importância. Os avanços relativos a esta interação datam somente de duas décadas, com a garantia da presença dos pais na UTIN e o aumento do suporte emocional oferecido a eles nesse período (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Da mesma forma que a mãe encontra dificuldade para exercer a maternidade, o bebê prematuro também não consegue ser responsivo, não correspondendo às expectativas dos pais. Suas respostas comportamentais são bem diferentes das percebidas no bebê a termo, e

ainda sofrem grande impacto da intervenção da equipe da UTIN. Sendo assim, as genitoras permanecem ao lado da incubadora, aguardando algum movimento ou expressão do bebê que lhes garanta sua condição de mães (ADREANI; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006).

O afastamento da mãe e a impossibilidade de cuidados maternos ao filho constantemente flagrados na UTIN, segundo Bowlby (2010), caracterizam a privação. A privação pode ser parcial, se a mãe é substituída por alguém em quem o neonato desenvolveu confiança; e privação quase total, se as pessoas que cuidam do bebê são estranhas a ele. A forma de privação quase total é muito constante nas instituições, como as unidades neonatais e as creches, pois não há uma pessoa que constantemente cuide da criança; as equipes geralmente fazem um rodízio.

Estudos desenvolvidos pelo mesmo autor demonstram, de forma clara, como as angústias desenvolvidas nas relações afetivas insatisfatórias, durante a primeira infância, predispõem as crianças a desenvolverem caráter antissocial diante de tensões; podendo serem autores de delitos e atos infratores. Ainda pode ser identificado que os bebês privados dos cuidados maternos possuem um retardo no desenvolvimento físico, intelectual e mental; podendo deixar de sorrir para o rosto humano, deixar de reagir quando alguém brinca com ele, mostrando-se inapetente e sem iniciativa. Outros sintomas, como depressões leves, o atraso na fala, no desenvolvimento da linguagem e o raciocínio abstrato são detectados (BOWLBY, 2010).

Bowlby (2010) ainda complementa que as crianças que sofrem privações tornam-se, quando adultos, pais com dificuldade para cuidar de seus filhos, sendo este círculo vicioso o aspecto mais sério do problema.

Brazelton (1998) apresenta os cinco estágios desenvolvidos pelos pais, antes de terem confiança em si mesmo como seres capazes de se relacionar com o bebê prematuro. O primeiro estágio corresponde ao relacionamento ténue, através das informações clínicas em relação à situação do filho, transmitidas pela equipe. O segundo diz respeito à observação pelos pais dos movimentos apresentados pelo bebê quando é manipulado pela equipe, sendo valorizado cada detalhe. O terceiro, os pais tentam identificá-lo como uma pessoa, valorizando os movimentos e os reflexos apresentados pela criança, porém não ousam estimulá-los. No quarto estágio, tentam produzir uma reação no filho, correspondendo ao início da visão de si mesmos, como pais desta criança. Assim, podem ver-se como responsáveis por suas respostas. O quinto estágio, os pais ousam pegá-lo e segurá-lo, balançá-lo e alimentá-lo. O vínculo entre eles já está formado e os pais passam a acreditar que podem

confortá-lo e tratá-lo. Esta fase mostra que os pais estão prontos para levarem este filho para casa.

No entanto, para transcorrer esses cinco estágios, faz-se necessário o apoio da equipe aos pais, principalmente à mãe, no reconhecimento de seu filho prematuro como um ser que necessita dela para seu desenvolvimento. Para tanto, é importante que os profissionais valorizem as reais necessidades apresentadas pela mãe e, assim, ajudá-la nos cuidados ao seu filho, garantindo a continuidade dos cuidados prestados após a alta hospitalar.

O estímulo do contato e interação afetiva mãe-bebê são importantes para o crescimento e a percepção, desenvolvendo assim, reações emocionais na criança. O contato pode ser desenvolvido através da realização dos cuidados maternos à criança, do toque terapêutico, conversa, contato pele a pele, dentre outros (ARAÚJO, 2007; MELO; SOUZA; PAULA, 2013).

O banho do neonato pode ser um momento valioso, onde a criança revive momentos familiares, identificando-se com o meio líquido, recebendo carinho e toque maternos, se sentindo pertencente a alguém (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

A simples permanência dos pais na UTIN, bem como o estímulo ao toque e conversas com o filho prematuro favorecem o vínculo afetivo profundo e duradouro. Esta vinculação desenvolve efeitos positivos no crescimento e desenvolvimento da criança. Dessa forma, o aconchego do bebê pelos pais, mesmo quando se encontram em incubadoras ou suporte tecnológicos deve ser estimulado. Este contato promove aumento da temperatura corporal do bebê, o que favorece o ganho ponderal e a recuperação da saúde do prematuro (BRASIL, 2011).

O toque é considerado ferramenta essencial para estimular o desenvolvimento do vínculo, assim quando a mãe toca e cuida do filho os laços afetivos entre ela e o bebê começam a se estreitar. O toque ainda tem fundamental importância na redução da sensação materna de incompetência e medo em manusear seu próprio filho, devido sua aparência frágil e pequenina (ARAÚJO; RODRIGUES; PACHECO, 2015).

O estímulo do toque as faz sentir incluídas no processo de cuidado ao filho, pois passam a ter mais segurança em realizar cuidados mais simples e posteriormente terem a confiança de suas habilidades no cuidado pós-alta (COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012; GORGULHO; RODRIGUES, 2010).

Autores avaliaram os benefícios do toque durante a permanência da mãe na UTIN e afirmaram que o toque realizado durante a permanência da mãe por 10 minutos, três vezes ao dia, pode acarretar em níveis mais reduzidos de sono ativo, atividade motora e

comportamento de estresse no neonato prematuro. Acrescenta-se a isto, o fato de que o toque ou a conversa materna com o filho pode reduzir as pausas na respiração, aumento do ganho ponderal, menos alteração na motilidade intestinal, bem como progresso em áreas do cérebro (OLIVEIRA et al., 2009).

O contato pele a pele possibilita a mãe transmitir ao bebê os sentimentos que ela vivencia no momento, assim como a voz materna, o sorriso, as carícias, as músicas cantadas por ela favorecem a interação mãe-bebê (OLIVEIRA et al., 2009).

O cuidado materno, assim como o fortalecimento do vínculo afetivo reduz o tempo de internação e os custos do cuidado. Ainda pode favorecer benefícios nas condutas comportamentais e cognitivas do prematuro e redução de reinternações hospitalares. Dessa forma, a manutenção do vínculo mãe-filho se mostra essencial ao cuidado, uma vez que a presença da mãe promove equilíbrio emocional, segurança e recuperação do prematuro, durante toda hospitalização (OLIVEIRA et al., 2009).

O vínculo entre mãe e filho pode influenciar no comportamento materno de proporcionar ao filho apoio psicológico e proteção. Dessa forma, um fator positivo para estimular esse relacionamento afetivo mãe-bebê, bem como sua identidade de mãe é a realização de cuidados apropriados às necessidades da criança ainda na UTIN (SÁ et al., 2010).

Dessa forma, os estudos supracitados corroboram para o consenso de que o neonato prematuro internado na UTIN torna-se vulnerável ao afastamento materno, fato que o inclui como fator de risco para violência intrafamiliar. Os estudos ainda apontam que o estímulo ao cuidado materno de forma precoce através do toque, contato pele a pele, conversas, realização de cuidados básicos, dentre outros podem influenciar de forma positiva no estreitamento de laços afetivos e consequente aceitação e responsabilização materna pela vida do seu filho prematuro.

Portanto, a realização deste estudo se justifica pela importância do cuidado materno na vinculação mãe-bebê e os benefícios advindos dessa relação.

E, por fim, o estudo ainda se justifica pelo fato de haver escassez na literatura científica que aborde a promoção do cuidado materno ao bebê prematuro na UTIN. Buscando compreender como se configurava a produção científica acerca do cuidado materno ao neonato na UN utilizou-se os seguintes descritores pareados: Equipe de enfermagem, Prematuro, Mães, Unidades de Terapia Intensiva, Hospitalização, Promoção da Saúde, Educação em saúde e Cuidado do Lactente em bases de dados relacionadas às Ciências da Saúde (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (Lilacs), Banco de Dados

Bibliográficos Especializada ⁴na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF e MEDLINE), verificou-se um total de 2.136 produções.

Dessas 2.136 produções, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, resultando, inicialmente, no total de 809 estudos que **tinham uma temática que abordava o cuidado ao neonato no âmbito hospitalar.**

Os critérios de inclusão para seleção desses estudos foram: publicações indexadas nessas bases de dados no período de 1990 a 2012 e que abordavam o cuidado materno como temática. O recorte temporal justifica-se pelo fato do ano de 1990 ter sido instituído o ECA, através da Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990). O ECA, considerado um marco no atendimento a criança e ao adolescente no Brasil, vem regulamentar os direitos das crianças e dos adolescentes inspirada pelas diretrizes da Constituição Federal de 1988 e garante, dentre outros direitos, a presença da família durante a internação da criança na unidade hospitalar.

Os critérios de exclusão foram: indisponibilidade de acesso, publicação em mais de uma base de dados, artigos de revisão, monografias e a **não aderência com a temática do estudo.**

Desse modo, dentre as 809 produções selecionadas, algumas tratavam do cuidado assistencial ao recém-nascido/lactente pela equipe de enfermagem, outros focavam nos sentimentos e vivência dos pais na UN, alguns focavam em manuais de orientação aos pais, outros focavam na relação profissional-mães durante a internação do filho na UN, não

⁴ Realizamos uma busca nas bases de dados BIREME(www.bvs.br), nos meses Maio e Junho de 2013, sobre publicações envolvendo a temática da pesquisa. O recorte temporal da busca foi o período 1990 a 2012. Utilizamos, como descritores na base de dados BIREME, Equipe de Enfermagem e Prematuro; Equipe de Enfermagem e Mães; Equipe de Enfermagem e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Equipe de Enfermagem e Hospitalização; Equipe de Enfermagem e Promoção da Saúde; Equipe de Enfermagem e Cuidado do Lactente; Prematuro e Mães; Prematuro e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Prematuro e Hospitalização; Prematuro e Promoção da Saúde; Prematuro e Cuidado do Lactente; Mães e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Mães e Hospitalização; Mães e Promoção da Saúde; Mães e Cuidado do Lactente; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Hospitalização; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Promoção da Saúde; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Cuidado do Lactente; Hospitalização e Promoção da Saúde; Hospitalização e Cuidado do Lactente; Promoção da Saúde e Cuidado do Lactente; Educação e saúde e prematuro e Educação em saúde e mães. No banco de dados LILACS, usando os descritores Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Hospitalização, emergiram 22 produções. Foi analisada apenas 01, sendo as demais sem relação com este estudo; com os descritores Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Prematuro emergiram 126 produções, sendo apenas três com aderência ao estudo; com os descritores Prematuro e Promoção da Saúde encontramos 12 produções, porém apenas uma foi utilizada no estudo; com os descritores Prematuro e Mães emergiram 264 estudos, sendo apenas um selecionado; utilizando os descritores Mães e Hospitalização encontramos 107 pesquisas, no entanto apenas uma foi aproveitada; com os descritores Equipe de Enfermagem e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal surgiram 13 produções, sendo duas publicações com aderências ao estudo; com os descritores Educação e saúde e prematuro encontramos 12 produções, sendo utilizada somente uma. No banco de dados BDENF foram utilizados os descritores Prematuro e Mães emergindo 65 produções, sendo apenas uma utilizada. Na busca com os demais descritores não emergiram publicações ou emergiram estudos repetidos.

aderindo, portanto, a temática da **promoção do cuidado materno ao prematuro na UN**. Após a leitura atenta dos resumos, apenas 11 publicações foram selecionadas para uma análise mais aprofundada, das quais 10 eram artigos e uma dissertação de mestrado.

Assim, apresenta-se no Quadro 1 a produção científica relacionada à promoção do cuidado materno ao bebê prematuro na Unidade Neonatal no Brasil de 1990–2012.

Quadro 1 - Produção científica relacionada à promoção do cuidado materno ao bebê prematuro na Unidade Neonatal Brasil, 1990– 2012 (continua)

Autor	Título	Tipo de Publicação e Fonte	Objetivos Do Estudo	Resultados	Conclusões
BUARQUE, V. et al.	The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers	J. Pediatr. (Rio J.), v. 82, n. 4, p. 295-301, July/Aug. 2006. Tab, ilus.	Investigar o significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal.	A análise evidenciou que o grupo de apoio para a família de neonatos de risco proporcionou informação, apoio emocional e fortalecimento aos pais e familiares para que vivenciassem o nascimento e a hospitalização do filho na unidade neonatal, além de tê-los capacitado para assumir os cuidados com o recém-nascido. Paralelamente, houve crescimento interpessoal mútuo na interação entre pais, familiares e equipe de profissionais da unidade neonatal.	O grupo de apoio para a família de neonatos de risco na unidade neonatal representa uma abordagem fundamentada nos princípios do cuidado centrado na família. A partir de tais princípios, pode-se restabelecer a competência parental, ajudar a equipe de profissionais a respeitar valores e sentimentos dos familiares, bem como contribuir para que pais e profissionais trabalhem em parceria na unidade neonatal.(AU)
SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B.	A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro	Epidemiol. Serv. Saúde, v. 20, n. 1, p. 27-36, 2011. Tab	Analisar a percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro.	A vivência das mães é marcada pelo trauma do parto prematuro. Ocorrem conflitos e sofrimento, decorrentes da inexistência de uma rotina de suporte social perinatal para essas mulheres, ausência da sistematização do acolhimento e capacitação das mães no cuidado de seus filhos, quando internados na UTI neonatal, contrapondo a assistência humanizada praticada na Enfermaria Canguru, além da dificuldade no acesso ao ambulatório especializado após alta hospitalar.	Necessidade de maior organização da assistência materno-infantil, com incorporação da integralidade do cuidado e humanização da relação entre a família e os profissionais de saúde.(AU)

Quadro1 - Produção científica relacionada à promoção do cuidado materno ao bebê prematuro na Unidade Neonatal Brasil, 1990– 2012
(continuação)

Autor	Título	Tipo de Publicação e Fonte	Objetivos Do Estudo	Resultados	Conclusões
GAÍVA, M. A. M. et al.	A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares	REME – rev. min. enferm., v. 10, n. 4, p. 387-392, out./dez. 2006	Compreender como os familiares do recém-nascido prematuro e como a equipe de saúde percebem o preparo para a alta hospitalar numa unidade de cuidados intensivos neonatal (ucin).	Os resultados evidenciaram três temáticas: o preparo dos pais para o cuidado do prematuro; as necessidades da família do prematuro e as dificuldades vivenciadas no preparo para a alta.	O preparo para a alta deve ser compreendido como um processo construído na relação profissional-mãe/família e deve combinar competência clínica e tecnológica com uma abordagem sensível às necessidades de cada criança e da família.
GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S.	A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal	Rev. Bras. Enferm., v. 58, n. 4, p. 444-448, jul./ago. 2005	Analisar a participação da família na assistência ao prematuro em uma uti neonatal de um hospital universitário	Os resultados mostraram que apesar da presença materna no cotidiano da internação do filho prematuro, a família não está inserida no processo de trabalho, sendo que somente a mãe participa dos cuidados.	Esta participação se dá basicamente na execução dos cuidados de maternagem, principalmente na unidade de médio risco, a mãe e a família do prematuro são pouco acolhidas e não existe relação de parceria entre equipe e família, não há intervenções ampliadas da equipe em torná-la sujeito autônomo para promover a saúde e qualidade de vida do bebê.
DUARTE, A. S. et al.	Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar	Rev. RENE, v. 11, n. 3, p. 162-170, jul./set. 2010.	Conhecer a visão da equipe de enfermagem acerca da realização de ações junto às mães frente à alta hospitalar do bebê prematuro.	Emergiram do estudo as seguintes categorias temáticas: preparo materno para a alta do prematuro; orientações de enfermagem para o cuidado ao prematuro e dificuldades no preparo materno para a alta do prematuro.	Constatou-se que, a realização de Educação em Saúde para alta do bebê prematuro é importante ao desenvolvimento da confiança materna no cuidado ao filho, influenciando na qualidade de vida no pós-alta.(AU)

Quadro1 - Produção científica relacionada à promoção do cuidado materno ao bebê prematuro na Unidade Neonatal Brasil, 1990– 2012
(continuação)

Autor	Título	Tipo de Publicação e Fonte	Objetivos Do Estudo	Resultados	Conclusões
LÉLIS, A. L. P. A.; MACHADO, M. F. A. S; CARDOSO, M. V. L. M. L.	Educação em saúde e a prática de enfermagem ao recém-nascido prematuro / health education and the practice of nursing to the premature new born.	Rev. RENE, v. 10, n. 4, p. 60-69, out./dez. 2009	Analisar as práticas educativas realizadas pelos enfermeiros, direcionadas para o cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro durante o período de internação na unidade neonatal de um hospital de referência em serviço de neonatologia	A maioria das enfermeiras compreende Educação em Saúde como orientação, transmissão de informações, retirada de dúvidas, aprendizagem e troca de conhecimentos, em processo contínuo. No entanto, a Educação em Saúde não se resume a isso, mas a necessidade de compreensão as pessoas diante das circunstâncias e dos acontecimentos. Assim, programas de Educação que se limitam ao saber científico e visavam a transmissão de informações não obtiveram sucesso.	O estudo revelou que a falta de sistematização nas ações educativas realizadas pelas enfermeiras interferiu de maneira negativa na compreensão das mães referente ao cuidado do recém-nascido no domicílio após a alta hospitalar. (au)
SOUZA, N. L. et al.	Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado	REME – rev. min. enferm., v. 14, n. 2, p. 159-165, abr./jun. 2010.	Analisar as vivências maternas com o recém-nascido prematuro durante a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal(UTIN) e nos primeiros dias após a alta hospitalar.	Os relatos foram submetidos ao software ALCESTE, que possibilitou a categorização dos dados, permitindo compreender significados, sentimentos e dificuldades enfrentadas pelas mães durante o internamento do filho na UTIN e no seguimento pós-alta, o que revelou a relação entre esses momentos, especialmente no que se refere às falhas no processo de comunicação entre as mães e a equipe de saúde.	Os achados apontam que a prematuridade precisa ser trabalhada como um fenômeno que requer atenção à família, sobre tudo à mãe, favorecendo estratégias para o enfrentamento dessa realidade desde o momento do parto, na hospitalização do filho na UTIN e, posteriormente, no seguimento domiciliar. (AU)

Quadro1 - Produção científica relacionada à promoção do cuidado materno ao bebê prematuro na Unidade Neonatal Brasil, 1990– 2012
(continuação)

Autor	Título	Tipo de Publicação e Fonte	Objetivos Do Estudo	Resultados	Conclusões
SILVA, N.; VIEIRA, M. R.	A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino	Arq. Ciênc. Saúde, v. 15, n. 3, p.110-116, jul./set. 2008	Caracterizar a assistência de enfermagem ao recém-nascido de risco, de acordo com os cuidados realizados, os fatores que favorecem a melhoria da assistência e a presença da família para a recuperação do bebê, a partir das opiniões de enfermeiros e auxiliares de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal.	A maioria da equipe de enfermagem acredita estar capacitada para prestar assistência de enfermagem ao RN de risco, porém parte dela não, Apontando a necessidade da educação continuada. 77% reconhecem a que há diferença na evolução do RN acompanhado da mãe	A equipe de Enfermagem relata que percebem a mãe como insegura, ansiosa, aflita e com medo durante o tratamento do filho. Apontam que as mães tem dificuldade de estar com o filho, sendo a disponibilidade um fator que dificulta essa ação. A orientação da rotina e da unidade permite que a mãe possa estar junto ao RN de forma mais tranquila.
CARVALHO, R. M. A.; PATRÍCIO, Z. M.	A importância do cuidado-presença ao recém-nascido de alto risco; contribuição da equipe de enfermagem e a família	Texto Contexto enferm., v. 9, n. 2,pt.2, p. 577-589, maio/ago. 2000	Ampliar o estudo acerca da qualidade da presença da equipe de enfermagem e da família desses recém-nascidos.	A equipe de enfermagem não valoriza a situação de vulnerabilidade emocional dos pais de neonatos prematuros na Unidade Neonatal, e exige uma boa relação dos pais com o recém-nascido neste cenário. Relação esta que se não for presente acarreta em relacionamentos frios e impessoais mantidos pela equipe de enfermagem com os pais.	Através de um processo de educar para o cuidado é possível promover uma forma de presença comprometida que leve a uma presença-cuidado, envolvendo a equipe de enfermagem e familiares do recém-nascido internado em CTI Pediátrica. (AU)

Quadro1 - Produção científica relacionada à promoção do cuidado materno ao bebê prematuro na Unidade Neonatal Brasil, 1990– 2012 (conclusão)

Autor	Título	Tipo de Publicação e Fonte	Objetivos Do Estudo	Resultados	Conclusões
MARTINEZ, J. G.	Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde de um hospital de San Luis Potosí, México.	Tese de Doutorado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto 2004. 166f.	Identificar e analisar os significados atribuídos pela equipe de saúde acerca da participação das mães/pais no cuidado ao filho hospitalizado e analisar as possibilidades que a equipe aponta para transformar a prática assistencial para favorecer essa participação.	Da análise das entrevistas emergiram seis núcleos de sentido: a presença das mães/pais favorece a estabilidade clínica do prematuro e o seu processo de crescimento e desenvolvimento; a participação possibilita a interação mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo; a mãe é treinada para a alta do filho; a mãe ajuda a enfermagem nos cuidados do filho hospitalizado; a presença das mães/pais modifica o ambiente da unidade neonatal; favorecendo a participação das mães/pais: obstáculos e sugestões.	Concluiu-se que a equipe de saúde considera importante esta participação, mas há barreiras decorrentes da inexistência de uma filosofia institucional, de postura, de preparo dos profissionais, assim como, deficiências de infraestrutura física e de recursos humanos. ...(au)
BENGOZI, T. M. et al.	Uma rede de apoio à família do prematuro	Ciênc. Cuid. Saúde, v. 9, n. 1, p. 155-160, jan./mar. 2010.	Descrever o funcionamento de um projeto de Assistência a bebês extremamente prematuros e suas famílias, desenvolvido no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), na perspectiva do Cuidado Centrado Na Família.	Uma rede de apoio à família do prematuro	Bengozi, Talita Maria; Souza, Sarah Nancy Deggau Hegeto de; Rossetto, Edilaine Giovanini; Radigonda, Bárbara; Hayakawa, Letícia Mayumi; Ramalho, Daysa Peraro.

Dentre os 11 estudos selecionados, dois tinham como sujeitos os profissionais de saúde que trabalhavam na UTIN; um ouviu a equipe de enfermagem; dois abordaram as mães de bebês prematuros internados na UTIN, um estudo abordou os pais e mães; dois tinham como participantes a família do prematuro internado, outro, escolheu os profissionais de saúde e familiares envolvidos no processo de hospitalização da criança prematura e dois buscaram a equipe de enfermagem e familiares.

Pode-se constatar que o foco dos estudos esteve centrado no cotidiano do cuidado materno, parental e familiar ao neonato prematuro na Unidade Neonatal, identificando significados e visões da equipe de saúde e familiares frente à participação das mães no cuidado ao filho prematuro.

Assim, os estudos apontaram que os profissionais da equipe de enfermagem reconhecem a importância da promoção do cuidado materno e a participação das mães no cuidado ao filho hospitalizado. Entretanto, revelaram a ausência de sistematização do acolhimento com vistas à participação das mães no cuidado de seus filhos na Unidade Neonatal, não havendo uma relação de parceria, nem intervenções ampliadas da equipe a fim de tornar a mãe sujeito autônomo no processo de cuidar de seu filho. O que interfere negativamente na compreensão das mesmas quanto ao cuidado do neonato no domicílio, após a alta hospitalar.

Constatou-se, que há uma assimetria nas relações profissionais–mães, com a adoção de uma linguagem técnica, incompreensível e baseada no fornecimento de informações pelos profissionais em detrimento de uma relação dialógica.

Diante dos achados, percebe-se uma lacuna no que diz respeito à promoção do cuidado materno ao filho prematuro pela equipe de enfermagem, no contexto hospitalar com vistas a educação problematizadora em saúde, o que se tornou relevante e justificável a realização deste estudo.

1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Acreditando que elementos da macroestrutura⁵ possam estar presentes nas falas constitutivas dos membros da equipe de enfermagem influenciando na promoção do cuidado materno ao filho prematuro na UN, e entendendo que esses profissionais ao promoverem o cuidado materno utilizam ferramentas e estratégias baseadas em modelos educativos, visando à educação em saúde. E ainda que esta prática como um caminho integrador do cuidar materno deve se constituir em um espaço de reflexão-ação, que propicie a autonomia e emancipação da mãe para cuidar de seu filho seja no espaço hospitalar ou domiciliar, elegeu-se Fairclough (2001) como suporte teórico-metodológico e Freire (2013c) como suporte teórico-filosófico desse estudo.

1.1 A Teoria Social do discurso de Fairclough - a análise crítica do discurso

O termo discurso é concebido por Norman Fairclough como o uso da linguagem como forma de prática social, sendo ainda considerado como um modo de ação, uma maneira das pessoas agirem sobre o mundo e sobre os outros, assim como uma forma de representá-lo e significá-lo.

Nesse contexto, o discurso mantém uma relação dialética com a estrutura social, e esta por sua vez, mantém uma relação dialética com a prática social, de modo que a estrutura social se mostra como uma condição e efeito da prática social.

A estrutura social molda e restringe o discurso de forma ampla e em todos os níveis, sendo influenciado pela classe, pelas relações sociais em um nível societário, por normas e convenções de natureza discursiva como não-discursiva, pelas relações específicas em instituições particulares, entre outros. Dessa forma, todas as dimensões da estrutura social são constituídas com a contribuição do discurso.

⁵ Corresponde ao conteúdo global levado a cabo por uma sequência discursiva (VAN DIJK, 1980).

Deste modo, existem três efeitos construtivos do discurso que correspondem respectivamente a três funções da linguagem e a dimensões de sentido que coexistem e interagem em todo discurso. O discurso primeiramente contribui para a construção de “identidades sociais” e “posições de sujeito” para os sujeitos sociais e os tipos de eu, correspondendo dessa forma a função “identitária” da linguagem. Esta função da linguagem está relacionada aos modos pelos quais as identidades sociais são estabelecidas no discurso (FAIRCLOUGH, 2008).

O segundo efeito construtivo do discurso é a possibilidade dele contribuir para a construção das relações sociais entre as pessoas, estando relacionado com a função relacional da linguagem. Esta função preocupa-se em como as relações sociais entre os participantes do discurso são representadas e negociadas.

O terceiro efeito construtivo do discurso corresponde a construção de sistemas de conhecimento e crença, estando associada à função ideacional da linguagem. Esta função condiz aos modos pelos quais os textos significam o mundo e seus processos, entidades e relações.

Fairclough (2008) afirma que cada evento discursivo é considerado respectivamente um texto, um exemplo de prática discursiva e um exemplo de prática social.

O texto como dimensão do discurso, é o produto falado ou escrito do processo de produção textual ou o discurso constitutivo de outras formas simbólicas de linguagem. Sendo assim, todo texto possui um significado potencial, mas com características heterogêneas e, às vezes, contraditórias, se mostrando altamente ambivalentes e abertos a diversas interpretações (PACHECO, 2009).

Os textos são elementos dos eventos sociais concretos, formas de representação do mundo social que podem acarretar mudanças em nosso conhecimento (aprendizado), ao mesmo tempo em que são também formas de ação capazes de provocar, potencialmente, efeitos causais, mudanças sociais, mudanças em nossas crenças, nossas atitudes, valores, contribuindo ainda para a formação de identidades, mudanças nas relações e no mundo material a longo prazo. Esses efeitos são mediados pelas produções de sentido (MATEUS, 2014).

A análise de um discurso particular como exemplo de prática discursiva focaliza os processos de produção, distribuição e consumo textual. Por serem processos sociais, exigem referência aos ambientes políticos, econômicos e institucionais particulares nos quais o

discurso é gerado. Por envolverem processos cognitivos de produção e interpretação textual baseados nas estruturas e nas convenções sociais interiorizadas, os processos de produção e consumo textual são parcialmente de natureza sociocognitiva.

Para explicar os processos sociocognitivos, Fairclough (2008) se detém em especificar os elementos das ordens de discurso em que se baseiam a produção e a interpretação dos sentidos e como acontece esse processo. No entanto, a preocupação central é estabelecer conexões entre os modos de organização e interpretação dos textos, a forma como são produzidos, distribuídos e consumidos e a natureza da prática social relacionada com as estruturas e as lutas sociais.

Nesse sentido, Fairclough (2008) afirma ser impossível a reconstrução do processo de produção, assim como a explicação do processo de interpretação, apenas por referências aos textos, pois esses representam apenas traços e pistas, respectivamente, desses processos e não podem ser produzidos e nem interpretados sem os recursos dos membros. Deste modo, uma maneira de conectar a ênfase na prática discursiva e nos processos de produção, distribuição e consumo textual ao texto é focar na intertextualidade do último.

A prática discursiva é composta de forma convencional, assim como de forma criativa, podendo estar reproduzindo a sociedade conforme se apresenta, mas também colaborando para transformá-la. Neste pensar, a constituição discursiva da sociedade emana da prática social que está enraizada firmemente em estruturas sociais concretas, materiais, orientando-se para elas.

O conceito de prática social adquire centralidade na análise de discurso Crítica, partindo do pressuposto de que a vida social é feita de práticas definidas como formas habituais, conectadas a tempos e lugares específicos, nas quais as pessoas empregam recursos (simbólicos e materiais) para agirem juntas no mundo. As práticas são constituídas no decorrer da vida social, nos domínios especializados da economia, política, cultura, incluindo também a vida cotidiana (MATEUS, 2014).

A prática social possui várias orientações - política, cultural, econômica e ideológica, podendo o discurso estar implicado em todas elas. O discurso como prática política pode estabelecer, manter e transformar as relações de poder e as entidades coletivas envolvidas nas relações de poder. Já o discurso como prática ideológica constitui, naturaliza, mantém e transforma os significados do mundo de diversas posições nas relações de poder.

Deste modo, a prática política e a ideológica não se comportam de forma independentes uma da outra, pois a prática ideológica parte dos significados oriundos das relações de poder como dimensão do exercício de poder e da luta pelo poder. Assim, a prática política não representa apenas um local de luta de poder, mas também um marco delimitador na luta de poder.

As práticas que permeiam as ações dos indivíduos e as estruturas sociais são processos ativos de produção de textos e de mundos que associam diversos elementos da vida social, dentre eles, o discurso. Portanto, as práticas são propriamente articuladas em redes e seus aspectos internos são determinados por essas relações externas. Assim, toda prática social se mostra inserida em redes de relações de poder e subordina os sujeitos sociais que nela se engajam (MATEUS, 2014).

Nesse pensar, a prática discursiva recorre a convenções que buscam naturalizar as relações de poder e as ideologias particulares, sendo as próprias convenções e as formas como elas se articulam num foco de luta (FAIRCLOUGH, 2001).

Assim, ao analisar o evento discursivo como instância de prática social precisamos nos basear nos conceito de ideologia e hegemonia.

A ideologia são significações do mundo, das relações sociais estabelecidas e das identidades sociais elaboradas em diferentes perspectivas das formas/sentidos das práticas discursivas e que corroboram para a produção, a reprodução ou a transformação das relações de dominação (FAIRCLOUGH, 2001).

As ideologias inseridas nas práticas discursivas são muito eficientes quando se mostram naturalizadas e atingem o status de “senso comum”; mas essa estabilidade pode ser interrompida e sofrer transformação, remodelando as práticas discursivas e as ideologias que nelas foram construídas.

As ideologias produzidas nas convenções podem ser parcialmente naturalizadas e automatizadas, sendo difícil perceber que essas práticas rotineiras podem ter investimentos ideológicos específicos. Assim, mesmo quando adotamos uma prática considerada como de resistência, fomentando a mudança ideológica, não estamos necessariamente conscientes de sua significação ideológica (FAIRCLOUGH, 2001).

Sendo assim, os sujeitos podem estar posicionados ideologicamente, mas com capacidade de agir criativamente a fim de realizar suas próprias conexões entre as diversas

práticas e ideologias a que são expostos, reestruturando assim as práticas e as estruturas posicionadoras (FAIRCLOUGH, 2001).

Nesse sentido, nem todo discurso se mostra irrefutavelmente ideológico, pois as ideologias surgem nas sociedades assinaladas por relações de dominação com base no grupo cultural, classe, gênero social, entre outros. Conforme os sujeitos consigam transcender tais sociedades, se mostram capazes de transcender as ideologias (FAIRCLOUGH, 2001).

O conceito de hegemonia na instância da prática social significa liderança, no sentido de dominação dos domínios econômicos, culturais, políticos e ideológicos. A hegemonia exerce o seu poder sobre a sociedade como um todo através de uma das classes economicamente fundamentais em parceria com outras forças sociais. Ela ainda é considerada muito mais que dominação de classes subalternas, mediante concessões ou meios ideológicos para adquirir seu consentimento.

Desse modo, a hegemonia mostra-se como um foco de luta constante sobre pontos mais instáveis entre as classes e blocos para manter, construir ou romper as alianças e relações de dominação/subordinação, que assume formas políticas, ideológicas e econômicas. A luta hegemônica inclui as instituições da sociedade civil com possíveis desigualdades entre diferentes níveis e domínios, tais como família, sindicato e educação (FAIRCLOUGH, 2001). E assim, as hegemonias são produzidas, reproduzidas, contestadas e transformadas em discurso (PACHECO, 2009).

1.1.1 A concepção tridimensional de Fairclough na análise crítica do discurso

A concepção tridimensional do discurso de Fairlough (2001) é um modelo que busca reunir três tradições analíticas indispensáveis na análise de discurso. Essas são a tradição da análise textual e linguística detalhada na Linguística, representando a 1ª dimensão e nomeada de **texto**; a 2ª dimensão, nomeada de **prática discursiva** e a 3ª dimensão e nomeada de **prática social** ou contexto.

A **primeira dimensão** de análise ou fase descritiva é caracterizada pela análise textual e se refere a análise linguística dos corpus (falado ou escrito), usando o suporte da Linguística

Sistêmica e Funcional (LSF) e organizada em quatro itens: vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual (MELO, 2009).

Na análise do vocabulário o analista busca no texto as palavras individuais, que apresentam significado cultural, com significado variável, bem como o significado potencial de uma palavra. Ou seja, como as palavras funcionam como um modo de hegemonia e um foco de luta, como elas significam no mundo, em tempos e épocas diferentes e para grupos e pessoas diferentes e como elas são resignificadas como parte de lutas sociais e políticas (FAIRCLOUGH, 2001).

No vocabulário ainda analisamos as metáforas, suas implicações políticas e ideológicas e os conflitos entre as metáforas alternativas. Desse modo, o analista verifica quais e como as metáforas estão sendo utilizadas, determina quais fatores culturais, ideológicos, históricos estão determinando a escolha das metáforas, assim como o efeito dessas metáforas sobre o pensamento e a prática (PACHECO, 2009).

A análise gramatical busca tratar as palavras em frases e orações, sendo a sua principal unidade a oração, ou oração simples. Toda oração é multifuncional, pois funciona como uma combinação de significados ideacionais, interpessoais (identitários e ideacionais) e textuais.

Nesse sentido, as pessoas fazem opções sobre o modelo e a estrutura das suas orações, selecionando conjuntamente o seu significado e a construção de identidades sociais, relações sociais, conhecimento e crença (FAIRCLOUGH, 2001).

Na coesão do textual, identificamos a forma como as orações são ligadas em frases e como essas são ligadas para formar unidades maiores nos textos. Verifica-se também a utilização de vocabulário de um mesmo campo semântico, repetição de palavras e o uso de sinônimos próximos, mediante mecanismos diversificados de referência e substituição (artigos definidos, pronomes), mediante o uso de conjunções, tais como ‘entretanto’, ‘mas’, ‘portanto’. Focalizar a coesão é explorar os grupos de enunciados combinados em esquemas retóricos juntamente com seus esquemas particulares, tais como a estrutura argumentativa de um texto que pode variar de acordo com o discurso. O ato de explorar essas variações como evidências de diferentes modos de racionalidade e a modificação desses modos de racionalidade conforme mudam as práticas discursivas se mostra interessante no processo de coesão textual (FAIRCLOUGH; MELO, 2012).

A estrutura textual corresponde à arquitetura dos textos e a aspectos superiores de planejamento de diferentes formas de texto. Nesta etapa, o analista procura descrever as

características organizacionais gerais do texto, identificando as maneiras e a ordem em que os elementos são combinados, quais as estratégias de polidez mais utilizadas pelos participantes e o que isso sugere sobre as relações sociais, identificando ainda os elementos que contribuem para a construção do eu ou de identidades sociais (PACHECO, 2009).

A análise da prática discursiva é a **segunda dimensão** de análise de Fairclough, onde se considera a prática discursiva como algo produzido ativamente, apreendido e compartilhado pelas pessoas com base em procedimentos do senso comum. Nessa fase, o analista percebe onde o texto foi produzido, sob quais influências e de que forma os discursos se combinam (BRASIL, 2015).

Assim, a prática discursiva está relacionada aos processos de *produção*, caracterizados pela interdiscursividade e intertextualidade manifesta, *distribuição* caracterizados por cadeias intertextuais e *consumo textual*, caracterizados pela força e coerência e a natureza desses processos variam entre diferentes tipos de discurso conforme os fatores sociais (PACHECO, 2009).

Para Fairclough (2008), a análise na prática discursiva está centrada no conceito de intertextualidade, ou seja, no processo de produção da prática discursiva do texto, onde o analista deve buscar especificar os tipos de discurso (interdiscursividade e intertextualidade manifesta) presentes na amostra discursiva.

A interdiscursividade ou intertextualidade constitutiva é constituída por meio de uma combinação de elementos de ordem de discurso e se caracteriza pela presença no discurso, de fragmentos discursivos que foram ditos antes em algum lugar por outra pessoa. Na intertextualidade manifesta está explícita a presença de outros textos específicos no texto sob análise, ou seja, os fragmentos de outros textos estão marcados ou sugeridos por traços na superfície do texto, destacados com aspas (FAIRCLOUGH, 2008).

Na produção do texto, através da interdiscursividade e intertextualidade, percebemos que os textos estão repletos de fragmentos de outros textos, que podem estar explícitos ou misturados com o texto e que por sua vez, pode assimilar, contradizer, ou fazer ressoar ironicamente esses fragmentos.

Na prática discursiva a intertextualidade pode ser representada de diferentes formas. No processo de produção, uma perspectiva intertextual pode acentuar a historicidade dos textos, permitindo tanto a inclusão da história em um texto, como desse texto na história. Assim, os textos podem absorver, bem como serem construídos de textos do passado podendo

assimilar, responder, readequar e reacentuar os mesmos nesse texto. Cada texto pode ainda ajudar a construir história ao antecipar e moldar os textos que virão, e deste modo, contribuir na ocorrência de amplos processos de mudança (FAIRCLOUGH; MELO, 2012).

No processo de distribuição a intertextualidade é útil na exploração de redes estáveis em que os textos podem se movimentar, sofrendo variações predizíveis na mudança de um tipo de texto para outro (FAIRCLOUGH, 2001).

No processo de consumo textual, uma perspectiva intertextual pode ser útil ao acentuar que não é apenas “o texto”, nem mesmo somente os textos que o constituem na intertextualidade, que moldam a interpretação, mas também os textos trazidos variavelmente pelos intérpretes ao processo de interpretação (FAIRCLOUGH, 2001).

A **terceira dimensão** de análise no quadro tridimensional de Fairclough (2008) compreende a análise do evento discursivo como instância da prática social e tem como objetivo geral tornar clara a natureza da prática social, na qual a prática discursiva se constitui, para compreender a matriz social do discurso, as ordens e os efeitos políticos e ideológicos, buscando refletir sobre a prática discursiva e os efeitos desta sobre a prática social porque a prática social é uma dimensão do evento comunicativo assim como texto.

O discurso como prática social é o entendimento de que a linguagem e as práticas discursivas são investidas de forma ideológica à medida que incorporam significações que contribuem para manter ou (re) estruturar as relações de poder (FAIRCLOUGH, 2001).

A ACD é uma análise de tradição macrossológica e com características interpretativas que busca analisar as circunstâncias institucionais e organizacionais do evento discursivo e identificar de que forma elas moldam a natureza da prática discursiva (FAIRCLOUGH, 2001).

A ACD pretende entender os processos de mudança, como estes processos ocorrem nos eventos discursivos e ainda buscam compreender como os processos de rearticulação podem afetar as ordens de discurso. Assim ao se questionar as convenções e enunciados naturalizados, originam-se motivações para mudança no discurso. As problematizações dos discursos podem ocorrer de várias formas e tem origem em contradições de relações de poder (FAIRCLOUGH, 2008).

1.2 A Educação Problematizadora em Saúde na perspectiva Freireana

A temática educação em saúde apresentou-se como um campo de disputas entre projetos de diferentes visões de mundo e da sociedade a fim de conceber e organizar discursos e práticas relativos à educação no campo da saúde (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009).

Neste sentido, o presente estudo abordou a educação em saúde inspirada nos pensamentos de Freire, competente e coerente, testemunhando sua esperança num mundo melhor, atestando sua capacidade de luta, seu respeito a realidades diferentes, a forma consistente com que vive sua presença no mundo. Dessa forma, para educar em saúde, é preciso estar aberto ao contorno geográfico, social, político, cultural do indivíduo, família e comunidade (FREIRE, 2013b).

A educação em saúde requer uma visão corporificada tanto da educação como da saúde, integrando outras áreas do conhecimento como psicologia, filosofia, sociologia e antropologia. Ela compreende um campo multifacetado para o qual convergem diferentes concepções e compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (MACHADO et al., 2007).

Neste sentido, a educação e a saúde são compreendidas como práticas sociais inerentes ao modo de produção da existência humana, necessitando assim ser abordadas historicamente como fenômenos produtores, reprodutores ou transformadores das relações sociais (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009).

A educação em saúde como processo político pedagógico exige um pensar crítico e reflexivo, que permita tornar visível a realidade e “propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade” (LELIS; MACHADO; CARDOSO, 2009; MACHADO et al., 2007, p. 341).

Sendo assim, o conceito de educação em saúde ancora-se no conceito de promoção da saúde, que trata de processos direcionados a participação da população no cotidiano de sua vida e não apenas das pessoas doentes ou com risco de adoecer. Essa concepção se apoia no conceito de saúde como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, integrando os aspectos físicos e mentais, ambiental, pessoal e social (MACHADO et al., 2007).

A educação em saúde nos moldes da integralidade compreende a disponibilização de políticas públicas e ambientes apropriados não apenas para os tratamentos clínicos e curativos, mas comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvidas na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem. Compreende ainda a percepção da comunidade pelos profissionais de saúde como “seres que sabem, sabem que sabem, sabem porque sabem, sabem como sabem, e sabem dizer a terceiros o que sabem e não menos importante, agem conseqüentemente aos seus saberes” (MORIN, 2002, p. 30).

1.2.1 O compromisso da problematização e da emancipação

A trajetória profissional e existencial de Freire foi profundamente voltada para a implantação de um processo educativo que promovesse o acesso aos conhecimentos humanos acumulados, além de propiciar a libertação da consciência humana e a emancipação. Esta emancipação favoreceria ao homem plenas condições de atuar em seu contexto social e, assim, promover as transformações necessárias para a sua permanente construção e humanização (FOCHEZATTO; CONCEIÇÃO, 2012).

A Educação problematizadora foi desenvolvida por Freire em conjunto com outras elaborações político-filosóficas e pedagógicas, em oposição a educação bancária ou tradicional, cujos resultados tornam o homem um sujeito receptor passivo de informações que lhe são depositadas pelo educador. E ainda permite o ser dependente dos preceitos determinados pelas classes dominantes (FREIRE, 1981).

Freire ao analisar esta educação tradicional vinculada às condições concretas de sobrevivência na sociedade capitalista, bem como com a esfera ideológica dos processos educativos, constata a ineficiência do modelo educacional bancário e os perigos por ele gerados à consciência da população trabalhadora, quando utilizado à serviço dos setores sociais dominantes (FOCHEZATTO; CONCEIÇÃO, 2012).

Esta concepção de educação constitui um obstáculo à transformação, sendo considerada uma concepção anti-histórica de educação, pois ao invés de promover a libertação da consciência e emancipação do sujeito humano, busca domesticar, criar uma falsa realidade aos olhos dos que se tornam objetos. O importante, nesse caso, é o ato de transferir conteúdo

sem o envolvimento da reflexão crítica, é o ato de manipular e limitar o educando com informações induzidas, abstratas, impessoais (FREIRE, 2011a).

A educação bancária é uma falsa concepção de educação, que se baseia no ato do educador, sujeito dotado de sabedoria, depositar comunicados nos educandos, “objetos” a serem formados, e assim substituir a comunicação por comunicados que devem ser arquivados e memorizados. Nessa educação não há criatividade, educação e nem saber (FREIRE, 2013c).

Essa forma opressora de “educar” está pautada na verticalização da comunicação, contrariando o diálogo, servindo como instrumento de domesticação e desumanização, na qual o educador é o centro, detentor do saber supremo e único, considerado herói e fortalecido pelo processo de educação.

Deste modo, o educador (alienador) se mantém fixo e invariável, mostrando sempre que sabe, em oposição aos educandos que nada devem saber. Assim, o educador aparece como um agente indiscutível, cuja tarefa é “encher” os educandos de conteúdo de sua narrativa vazia, alienada e alienante (BOEHS et al., 2007).

A narração na educação bancária valoriza a sonoridade da palavra e não a sua ação transformadora, sendo o mais importante a memorização mecânica e a repetição do conteúdo narrado. Esta narração ainda tem o poder de transformar os educandos em “vasilhas” para serem enchidas pelo educador, e quanto mais vá enchendo seus “depósitos”, melhor será o educador (FREIRE, 2013c).

Conforme os educandos recebem e arquivam de forma passiva o conteúdo ensinado, cada vez menos desenvolverão a consciência crítica e suas potencialidades de transformação do mundo, enquanto sujeitos deste mundo. Assim, se tornam acomodados, “bestificados” e “domesticados”. Esta “coisificação” tende a petrificar o espírito ontológico, encobrendo a possibilidade do homem se descobrir como um ser em transformação, inacabado e inconcluso (FOCHEZATTO; CONCEIÇÃO, 2012).

Quanto mais passivos e ingênuos se apresentam, mais facilmente aceitarão a realidade parcializada pelos depósitos realizados, e cada vez menos serão críticos, satisfazendo assim os interesses dos opressores (FREIRE, 2013c).

Os opressores objetivam, com a educação bancária, transformar a mentalidade dos oprimidos e não a realidade que os oprime. Na prática bancária, os oprimidos recebem o codinome de “assistidos”, e recebem doações através de ação social de caráter paternalista (FREIRE, 2013c).

Assim sendo, os oprimidos são considerados patologias de uma sociedade sã, sendo por isso, marginalizados, “seres fora de” e a educação bancária os transforma em cada vez mais “seres para o outro” negando a transformação em “seres para si”, dentro de uma estrutura que os oprime cada vez mais (FREIRE, 2013c).

Na educação bancária a autenticidade é negada, podendo ser perigosa. E o autômato, que significa a negação de sua vocação ontológica de “ser mais” e transformar o mundo, é incentivado (FREIRE, 2013c).

A teoria e a prática bancária não reconhecem os homens como seres históricos e ainda sugere uma dicotomia inexistente entre homens e mundo, considerando os homens no mundo e não com o mundo e com os outros. Dessa forma, a educação bancária concebe o homem como espectador, negando a possibilidade de recriar o mundo como “corpo consciente”. Esta educação considera a consciência como algo espacializado, passivamente aberta ao mundo a fim de ser preenchida de realidade continente a receber depósitos do mundo a serem transformados em conteúdo.

O modelo de educação proposto por Paulo Freire se diferencia da educação tradicional, pois abomina a relação de dominação do educador sobre o educando, estimula a libertação da consciência para o desenvolvimento da potencialidade criativa e emancipação do sujeito social.

Na educação problematizadora o indivíduo é considerado como um potente transformador do mundo. Tanto aluno como professor se apresentam como sujeitos ativos no processo de ensino-aprendizagem, dotados de curiosidade e vontade de pesquisar, exercitando sua liberdade e aprendizado através dos debates de ideias, na busca da verdade, da sabedoria, resultando em avanço educacional. Essa educação libertadora promove a flexibilidade de idéias, criatividade, percepção e ainda permite a resolução de problemas pelo educando, com o desenvolvimento de novas técnicas de análise e crítica, produzindo com todos, a serviço de todos e contribuindo para o crescimento individual e coletivo (FREIRE, 2013b).

A educação libertadora idealizada por Freire (2005) fundamenta-se na criatividade, estimulando uma ação e uma reflexão sobre a realidade de forma a responder a real vocação dos homens. Assim sendo, esta educação está alicerçada na concepção de homem como um ser histórico e autêntico, quando comprometido na procura e na transformação criadoras (FREIRE, 2013a).

Nesse sentido, Freire traça as diferenças fundamentais entre homens e animais, objetivando destacar o potencial transformador e emancipatório da historicidade do homem em seu constante devir. Os animais diferem dos homens, pois não se separam de sua atividade vital, impossibilitando os mesmos de produzirem significações de suas transformações na natureza. Outra diferença entre eles, é que os animais possuem seus pontos de decisão fora de si mesmos, não havendo possibilidade de decidir e significar sua existência, nem mesmo de ter consciência de sua existência (FREIRE, 2013b, 2013c).

Assim sendo, os animais não conseguem sair da condição de suporte para o mundo e sair de sua vida para existência. O suporte é o espaço a que o animal se prende de forma afetiva, necessário ao seu crescimento e que demarca seu território. Nesse espaço ele sobrevive, quando treinado e adestrado, e aprende a caçar, a atacar e a se defender em um tempo de dependência dos adultos, bem menor que o ser humano para as mesmas tarefas (FREIRE, 2013b).

Deste modo, os animais são denominados “seres fechados em si”, são a-históricos e, assim, impossibilitados de assumirem a vida em sua existência, e as possibilidades de transformação inerentes àqueles que se sabem inconclusos histórica e socialmente (FREIRE, 2013b).

Em contrapartida, o homem se objetivou no mundo através da linguagem, da inteligibilidade, na sua postura ereta com a liberação das mãos, e conseqüentemente entrosando a mente e mãos, seu suporte foi se transformando em mundo e sua vida em existência (FREIRE, 2013b).

Assim, o ponto decisivo não se encontra mais na espécie, na herança biológica, mas no próprio homem e nas relações que ele estabelece no mundo com os outros homens, como seres inacabados, conscientes e transformadores.

Considerando que os homens são históricos, inacabados e inconclusos, são capazes de escolher, de decidir, de transformar e de lutar, com ética, de forma política, configurando, assim, as bases antropológico-filosóficas de uma educação problematizadora com propósitos emancipatórios (FREIRE, 2013c).

Dessa forma, cabe a educação problematizadora o papel de esclarecer e ajudar o homem na libertação da sua consciência, permitindo assim que este assuma a sua condição ontológica e social para a transformação da realidade, que se mostra inacabada, mutável e dinâmica (FREIRE, 2013a).

A Educação Problematicadora de Freire sustenta como um de seus princípios o ato de ensinar sem transferir conhecimentos ou conteúdo, e assim possibilita a criação de condições para a sua produção ou sua construção através de um processo educativo baseado na dialogicidade. Nesta forma de educar, Freire (2013c) preconiza o respeito ao diálogo e a união entre ação e reflexão.

Freire (2011b) ainda defende que não há educador sem educando, e sendo reservadas as diferenças de cada uma das partes, ambos são sujeitos, não devendo ser reduzidos a condição de objeto um do outro. Nesse sentido, o ensinamento e o aprendizado são recíprocos.

Nesse sentido, a dialogicidade como um fenômeno humano que nos revela algo que representa ele mesmo, que é a palavra e seus elementos constitutivos. Na palavra podemos observar duas dimensões, a ação e a reflexão, refletindo a práxis e possibilitando a transformação do mundo (FREIRE, 2013c).

Na palavra inautêntica, não se pode transformar realidade, sendo está esgotada de sua dimensão de ação, sacrificando a reflexão e se transformando em palavreria, verbalismo e palavra oca. Em contrapartida, quando se sacrifica a reflexão e se enfatiza a ação, a palavra se transforma em ativismo, negando à práxis da ação e impossibilitando o diálogo (FREIRE, 2013c).

Nesse pensar, a palavra autêntica, que significa o trabalho, a práxis, a transformação do mundo, é privilégio de todos os homens. Esta não deve ser dita por ninguém estando sozinho, nem mesmo ser prescrita para outros homens (FREIRE, 2013c).

O diálogo é o encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, de forma a pronunciá-lo, sem deixar se esgotar a relação eu-tu. Assim, o diálogo se impõe existencialmente como caminho, ao qual os homens recebem suas significações como homens (FREIRE, 2013c).

Assim, o diálogo não pode ser um ato de depositar ideias de um sujeito em outro ou mesmo a troca de ideias a serem consumidas entre si, nem tampouco representa uma discussão polêmica entre sujeitos que buscam impor a sua verdade. O diálogo é o encontro solidário entre o refletir e o agir dos seus sujeitos, endereçados ao mundo a ser modificado e humanizado (FREIRE, 2013b). A dialogicidade se inicia desde o momento em que os educador-educandos se perguntam sobre o que dialogarão com os educando-educadores, sendo esta inquietação sobre o conteúdo do diálogo chamada de conteúdo programático (FREIRE, 2013c).

Portanto, a relação dialógica pressupõe então uma relação de direito e cidadania na qual o profissional trabalha em horizontalidade com o usuário e não para ele.

Nessa perspectiva, entendo que promover o cuidado materno na UN através do diálogo é um ato que deve fazer parte da práxis da equipe de enfermagem e em especial, do enfermeiro. Pois, através da teoria da dialogicidade de Freire, as pessoas podem despertar para a consciência crítica do mundo em que se encontram, saindo de sua condição de oprimidas, e buscando assim a condição do ser mais, em meio a um processo de humanização, em atendimento a uma vocação humana universal.

1.2.2 A tomada de consciência

A conscientização é um objeto e ao mesmo tempo a finalidade da educação. Esta exige que “os homens criem sua existência com um material que a vida lhes oferece [...]” (FREIRE, 1980, p. 26).

Inicialmente a realidade não se apresenta aos homens como objeto cognoscível por sua consciência crítica, assim o homem assume uma posição ingênua diante do mundo. Portanto, a tomada de consciência inicial é necessária para que faça experiência da realidade, mas não pode ser considerada ainda conscientização.

A conscientização exige que o homem ultrapasse a esfera espontânea de apreensão da realidade, para assim alcançar uma esfera crítica, na qual a realidade se apresenta como objeto cognoscível e o homem assuma uma posição epistemológica (FREIRE, 2013a).

Ela é um compromisso histórico, um teste de realidade e quanto mais conscientização, mais é desvelada a realidade, mais se penetra na essência do objeto analisado. Assim, ela não pode existir fora da “práxis”, sem o ato ação – reflexão, constituindo assim o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens (FREIRE, 2011b).

A tomada de consciência está baseada na relação consciência – mundo. Sendo esta relação objeto de sua reflexão crítica, o homem poderá esclarecer a obscuridade desenvolvida da sua aproximação com o mundo e formar uma nova realidade conforme a crítica desenvolvida (FREIRE, 2011b).

Nessa perspectiva, o estudo de Ferraz et al. (2005) afirma que o processo educativo em saúde bem sucedido deve ser capaz de estimular os indivíduos a buscarem conhecimentos que possibilitem a reflexão e conscientização, proporcionando autonomia e autocuidado, de forma a atender as necessidades dos sujeitos e de suas famílias.

Para tanto, a educação em saúde se baseia em saberes técnicos e saberes populares, num panorama de conscientização individual e coletiva, de responsabilidades e direitos. Sendo assim, nesse estudo, a educação em saúde pode ser considerada o fio condutor para a promoção do cuidado materno ao filho prematuro na UN vislumbrando a possibilidade de uma prática dialógica, mediada a partir da participação das mesmas de forma ativa, crítica, dialógica e questionadora no cuidado ao filho prematuro (FREIRE, 2005).

2 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

2.1 Tipo de Pesquisa e Método

Considera-se oportuna a realização deste estudo apoiado na abordagem qualitativa, uma vez que responde a questões particulares e preocupa-se com uma realidade suscetível a captar motivos, aspirações, atitudes, significados, e valores que não são questões quantificáveis (MINAYO et al., 2011).

O tipo de estudo adotado foi o exploratório por ser indicado em problemas pouco estudados, os quais há pouco ou nenhum conhecimento desenvolvido (DESLANDES; LOURENÇO, 2008).

2.2 Cenário do Estudo

O cenário do estudo foi a UN de uma Maternidade de um Hospital Universitário, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Esta unidade foi fundada no final da década de 60 e era constituída de berçário para recém-nascidos normais, berçário intermediário e patológico, com o total de 20 leitos. O berçário patológico foi considerado por vários anos como um dos únicos no nosso país com boxes individualizados e mantidos com pressão atmosférica superior a parte externa.

No ano de 1999 recebeu o título de “Hospital Amigo da Criança”, e em 2006 a UN foi transferida, junto com o Serviço de Obstetrícia, do corpo do hospital para uma unidade em anexo, tendo como principal finalidade a assistência à gestação de risco.

Este hospital é referência para ao atendimento de saúde às gestantes que necessitam de cuidados em nível de atenção terciária, tendo o objetivo de combater a mortalidade Materna e Perinatal, servir de campo formador de profissionais da saúde em nível de graduação e especialização (residência) em várias especialidades: medicina, enfermagem, nutrição,

fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social e psicologia, contribuindo também para a produção de conhecimento na área de saúde perinatal.

Atualmente, a UN é subdividida em dois setores: a Unidade Intermediária (UI) e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Esta dispõe em sua estrutura de 14 leitos para a UTIN e a UI tem capacidade para oito leitos, totalizando 22 leitos. Essa unidade tem como principal finalidade a assistência ao recém-nascido de risco, atuando no ensino e pesquisa, sendo referência a todos os tipos de especialidades médicas.

Essa unidade permite o livre acesso das mães e pais, possibilitando as visitas dos irmãos e avós diariamente de 14 às 15 h. Ainda oferece um quarto com seis leitos denominado alojamento de nutrizes ou quarto de puérperas, que corresponde a uma área destinada a permanência integral de mães, que já tiveram alta obstétrica e estão com seus bebês internados na Unidade Neonatal.

O hospital ainda é composto por 20 leitos de alojamento conjunto, três leitos para pré-alta, banco de leite, lactário, alojamento de nutrizes, medicina fetal, enfermagem de gestantes, centro obstétrico e Unidade de Cuidados Especiais (UCE) materna.

Na ocasião da coleta, a equipe de enfermagem da referida unidade era composta por 30 enfermeiros plantonistas e 30 técnicos de enfermagem no seu quadro de pessoal, sendo em média 5 enfermeiros e 5 técnicos de enfermagem por plantão. O cenário de estudo ainda conta com 7 enfermeiros diaristas e 10 residentes de enfermagem, sendo 5 do primeiro ano e 5 do segundo ano. Foram excluídos dessa contagem os profissionais cedidos, de licença prêmio e férias. A prematuridade era o evento mais prevalente, por se tratar de uma unidade que atende uma maternidade de referência para gestantes de alto risco. No entanto, o perfil do atendimento desta unidade neonatal era composto por outras doenças ou afecções, tais como: Anomalias congênitas, doença da membrana hialina, neuropatias e cardiopatias.

2.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa (Quadro 2) foram 15 profissionais da equipe de enfermagem, sendo sete enfermeiros e oito técnicos de enfermagem.

Como critérios de inclusão: aqueles que atuavam diretamente na assistência ao bebê prematuro e sua família na UTIN e Unidade Intermediária (UI) no período da coleta de dados, com tempo de serviço de pelo menos um ano de atuação na unidade neonatal.

Os critérios de exclusão foram os profissionais de enfermagem que atuavam no momento da realização da pesquisa em função administrativa da UN e enfermeiros residentes⁶.

⁶ Os residentes de enfermagem foram excluídos em função da rotatividade em diferentes cenários, não permanecendo de forma contínua por pelo menos um ano na UN.

Quadro 2 - Participantes do estudo

Participante		Sexo	Cargo	Tempo de Atuação	Graduação	Especialização	
Participante 1	E.1	Fem.	Técnica de Enfermagem	25 Anos	Sim	Sim	Enf. Neo
Participante 2	E.2	Fem.	Enfermeira	3 Anos	Sim	Sim	Enf. Neo
Participante 3	E.3	Fem.	Técnica de Enfermagem	20 Anos	Não	Não	--
Participante 4	E.4	Fem.	Técnica de Enfermagem	21 Anos	Sim	Sim	Outras
Participante 5	E.5	Fem.	Técnica de Enfermagem	33 Anos	Não	Não	--
Participante 6	E.6	Fem.	Enfermeira	13 Anos	Sim	Sim	Enf. Neo e Ped
Participante 7	E.7	Fem.	Enfermeira	1 Ano e 4 Meses	Sim	Não	--
Participante 8	E.8	Fem.	Técnica de Enfermagem	3 Anos	Não	Não	--
Participante 9	E.9	Fem.	Técnica de Enfermagem	22 Anos	Sim	Sim	Enf. Neo
Participante 10	E.10	Fem.	Enfermeira	1 Ano	Sim	Não	--
Participante 11	E.11	Fem.	Técnica de Enfermagem	25 Anos/ 20 Anos (Neo)	Sim	Sim	Enf. Neo
Participante 12	E.12	Fem.	Enfermeira	4 Anos	Sim	Sim	Enf. Neo
Participante 13	E.13	Fem.	Enfermeira	4 Anos	Sim	Sim	Enf. Neo
Participante 14	E.14	Fem.	Enfermeira	22 Anos	Sim	Sim	Enf. Neo
Participante 15	E.15	Masc.	Técnica de Enfermagem	9 Anos	Sim	Sim	Enf. Neo

2.4 Procedimentos e estratégias de desenvolvimento da pesquisa

2.4.1 1º Passo: Aproximação com o Cenário da Pesquisa

Após a aprovação do projeto pela banca examinadora no Programa de Pós-graduação stricto sensu da Faculdade de Enfermagem da UERJ, este foi registrado no SISNEP e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição na qual a pesquisa foi desenvolvida. Após aprovação do projeto pelo referido Comitê de Ética, sob o parecer nº 639.462 (ANEXO), entrei em contato com a chefia médica e de enfermagem, com o objetivo de apresentar a proposta de pesquisa.

Neste primeiro contato, pretendi conhecer o funcionamento da unidade, especialmente como aconteciam às ações de cuidado direcionadas aos neonatos prematuros e suas mães no complexo neonatal.

2.4.2 2º passo: Seleção e interação dos participantes da pesquisa

A aproximação com os participantes foi feita na UN durante a realização do plantão dos mesmos, quando tentei estabelecer uma relação empática com os profissionais e me apresentei como enfermeira e doutoranda.

Neste momento foram explicitadas informações detalhadas sobre a pesquisa, seus objetivos e compromissos do pesquisador,

Feitas estas orientações, formalizei o convite aos membros da equipe de enfermagem e como participantes de pesquisa, foram esclarecidos detalhadamente sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e sobre o uso que seria feito dos dados da pesquisa.

O TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma de posse da pesquisadora e a outra, entregue ao participante da pesquisa.

O Instrumento da Entrevista Semiestruturada foi utilizado para auxiliar a pesquisadora na entrevista (APÊNDICE B).

Os discursos foram captados através de entrevista semiestruturada, com a utilização de gravador MP4.

A entrevista semiestruturada era composta por questões básicas apoiadas em teorias e hipóteses inerentes ao tema do estudo, sendo o foco principal colocado pelo próprio pesquisador. Essas questões resultaram em novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos participantes (TRIVIÑOS, 2013). Esse tipo de entrevista permitiu ainda extrair informações de forma mais livre e as respostas não estavam padronizadas a alternativas pré-definidas (MANZINI, 2004).

A entrevista semiestruturada, além de favorecer a descrição dos fenômenos sociais, também nos desvelou a sua explicação e conseqüentemente nos levou a compreensão de sua totalidade. Ainda possibilitou a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações, podendo ser realizada como um processo de interação social, de forma verbal e não verbal, por meio da linguagem e através de uma relação face a face entre a pesquisadora, que possui um objetivo pré-definido, e um entrevistado com informação que possibilita estudar o fenômeno (MANZINI, 2004; TRIVIÑOS, 2013).

As falas foram captadas após o consentimento dos profissionais da equipe de enfermagem com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Este consentimento respeitou os aspectos preconizados pela resolução 466/12 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), sendo assegurados a privacidade e o anonimato dos entrevistados, com a utilização de pseudônimos, associados a um sentimento captado por mim em cada entrevista, para a sua denominação.

Entendendo que a UTIN é uma unidade de intenso movimento de profissionais, onde o barulho é constante, as entrevistas foram realizadas em uma sala próxima. Deste modo, proporcionei um ambiente calmo e confortável, onde os profissionais puderam falar à vontade, sem serem ouvidos por outras pessoas.

Para a realização da entrevista, utilizei as seguintes questões orientadoras:

- a) O que você considera cuidado materno?
- b) Em que momentos você promove o cuidado materno?
- c) Como você promove o cuidado materno na unidade neonatal?

2.5 Período de coleta dos dados

Os dados foram coletados no período de Abril, Maio e Junho de 2014.

2.6 Questões éticas da pesquisa

Quanto às questões éticas da pesquisa que envolve seres humanos (Resolução CONEP 466/2012) foi detalhadamente explicada aos profissionais de enfermagem no que tange a:

PRINCÍPIO DA VOLUNTARIEDADE E ANONIMATO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os profissionais da equipe de enfermagem foram informados que a participação na pesquisa seria de forma voluntária, podendo o mesmo desistir a qualquer momento de participar do estudo, sem qualquer ônus ou constrangimento. Ainda foram informados quanto ao anonimato, devendo ser identificados por codinomes sem qualquer relação com sua pessoa.

BENEFÍCIOS

Os profissionais da equipe de enfermagem foram informados de que a pesquisa poderia trazer ou não benefícios diretos ao serviço de enfermagem, assim como às mães de bebês prematuros, uma vez que seria investigado e discutido a forma como eles promovem o cuidado. No entanto, a participação do profissional foi muito importante, porque permitiu conhecer as práticas realizadas por ele (a)s para promover o cuidado materno, bem como os momentos escolhidos para a realização desta promoção. E dessa forma, contribuiu para que a equipe de enfermagem compreendesse melhor essa realidade e refletisse sobre a sua dinâmica.

RISCOS

Esclarecemos que a participação na pesquisa não ofereceria riscos físicos ou psicológicos, tendo em vista que o assunto tratado no estudo já faz parte da realidade dos profissionais de enfermagem.

Ainda foi esclarecido que a participação no estudo não ofereceria riscos do ponto de vista físico, mas caso o profissional sentisse algum desconforto ao compartilhar informações pessoais, ou, se sentisse incomodado em falar durante a realização da entrevista, poderia se retirar a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo para a mesma. Neste caso, a pesquisadora se responsabilizou em conversar com o profissional, fora do ambiente da entrevista, sem exposição da mesma, permitindo a livre expressão, sanando todas as suas dúvidas, com o objetivo de não permanecer nenhum tipo de desconforto. Afora isto, foi garantido que não haveria nenhuma interferência em seu ambiente profissional.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), apresentamos os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato, o direito de desistência em participar do estudo a qualquer momento, acesso aos resultados do estudo, o acesso às pesquisadoras (em caso de dúvida ou esclarecimentos acerca do estudo), a autorização para o uso dos discursos como resultados da pesquisa na academia e nos meios de comunicação científicos, assim como o comprometimento da pesquisadora com uma atitude eticamente responsável com a geração de novos conhecimentos.

ESCLARECIMENTOS DE DÚVIDAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes do estudo foram informados que a qualquer momento da entrevista, caso sentissem necessidade, poderiam esclarecer alguma dúvida em relação a pesquisa ou fazer qualquer questionamento. Após a entrevista, o contato com a pesquisadora responsável pode ser realizado através do telefone 2868-8236 ramal: 210 dirigindo-se ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF – UERJ) Boulevard 28 de Setembro, nº 157, sala 702, Vila Isabel.

2.7 Critérios para encerramento do trabalho de campo

O número de participantes a serem selecionados na realização de uma pesquisa qualitativa é algo recorrente nas pesquisas com esse tipo de abordagem. No entanto, apesar da quantidade dos participantes selecionados parecer ter uma importância secundária em relação a quem é o participante da pesquisa, necessita-se estabelecer um número amostral fechado (FONTANELLA et al., 2011; FONTANELLA; RICCAS; NURATTO, 2008).

Assim, utilizou-se como critérios de encerramento da etapa de campo os critérios de amostragem, de inclusão dos participantes e o de saturação.

O critério amostral baseou-se na comparação com os estudos localizados na literatura científica apresentada neste estudo, tendo como participantes os profissionais da equipe de enfermagem ou da saúde e que foram desenvolvidos a partir da abordagem qualitativa.

Nesse sentido, o estudo de Duarte et al. (2010), que buscou conhecer a visão da equipe de enfermagem acerca da realização de ações junto às mães frente à alta hospitalar do prematuro, teve 12 membros da equipe de enfermagem como participantes da pesquisa. O de Silva e Vieira (2008), que buscou caracterizar a assistência de enfermagem ao RN de risco, teve 22 funcionários da UN como participantes. O estudo de Martínez, Fonseca e Scochi (2007), que objetivou identificar e analisar os significados atribuídos pela equipe de saúde acerca da participação da mãe e pais nos cuidados ao prematuro hospitalizado teve como participantes 23 profissionais de saúde.

Sendo assim, da amostra de estudos publicados na literatura, que tiveram dentre os participantes os profissionais da equipe de enfermagem, apresentaram de 12 a 23 participantes. E desse modo, a confiabilidade externa do estudo em tela ocorreu pelo número de participantes da pesquisa, que totalizou em 15 profissionais da equipe de enfermagem.

Quanto à inclusão dos participantes da pesquisa, o estudo abordou aproximadamente 25% dos profissionais da equipe de enfermagem.

O critério de saturação (redundância ou repetição) ocorreu após a transcrição das entrevistas, conferência da materialidade linguística e leitura exaustiva do material empírico gerado.

Para a materialidade linguística foram usados os seguintes símbolos no texto:

- a) (*itálico*) Comentários do pesquisador esclarecendo o contexto da enunciação, como movimentação do sujeito, a quem ou a que se referem, motivações que levaram os participantes a falarem, entre outras coisas;
- b) (texto) Comentário do enunciador acerca do enunciado imediatamente anterior;
- c) ... Pausa breve;
- d) (...) Pausa longa
- e) ! Ênfase na frase;
- f) – Início de enunciação;
- g) [...] Corte na enunciação.

Assim, percebeu-se nas diferentes vozes dos profissionais da equipe de enfermagem, uma única ordem de discurso; logo, modeladas por uma única ideologia.

Desse modo, no movimento de análise colorimétrica do material empírico gerado nas entrevistas, destacamos a regularidade discursiva, a constância, a consistência e a coerência dos enunciados dos profissionais da equipe de enfermagem, sendo esses os elementos chaves indicativos da pertinência para o encerramento do trabalho de campo.

Frente ao exposto, o presente estudo foi organizado da seguinte maneira: o capítulo 3 apresenta as dimensões da prática discursiva dos profissionais de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro na unidade neonatal. O capítulo 4 destaca a prática social dos profissionais de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro na UN e sua interface com a educação problematizadora em saúde. Por fim, traz as considerações finais.

3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Após o processo de análise do material empírico construído foi possível apreender e destacar na prática discursiva, a prática social que constitui a matriz social do discurso dos profissionais de enfermagem na determinação da promoção do cuidado materno. Com isso, pretendeu-se obter uma argumentação suficiente para a tese de que a promoção do cuidado materno revelada refere-se a ações, que alicerçadas na (in) existência de uma educação problematizadora, (im) possibilitam a mãe de inserir-se nos cuidados a seu filho prematuro na unidade neonatal.

3.1 As dimensões da prática discursiva dos profissionais da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno

No presente capítulo, descrevemos as práticas discursivas e social dos profissionais de enfermagem na promoção do cuidado materno refletidas nos enunciados (discursos) e a matriz ideológica neles incorporados. Os profissionais de enfermagem fundaram esses enunciados em dois cenários hospitalares, trazendo diferentes vozes e uma única ordem de discurso; logo, modeladas por uma única ideologia. Desse modo, mediante os modos, os momentos e as justificativas apontaram nas práticas discursivas e social os elementos demarcadores das práticas ideológicas dos profissionais na promoção do cuidado materno na unidade neonatal.

3.1.1 Representações discursivas dos profissionais de enfermagem apontando os modos de promoção do cuidado materno na Unidade Neonatal

Com o intuito de compreender como se constroem discursivamente os modos de promoção do cuidado materno na UN, procedeu-se a uma análise preliminar das entrevistas, procurando identificar marcas linguísticas que evidenciassem essa construção. Na análise preliminar das falas, observou-se que grande parte das ações

atribuídas às profissionais de Enfermagem se constitui como ações de natureza verbal. A partir dessa observação, realizou-se um levantamento dos verbos que descrevem ações atribuídas aos profissionais de Enfermagem, nas falas dos entrevistados.

Como resultado desse levantamento preliminar, constatou-se que alguns verbos recorrentes descrevem as ações de promoção do cuidado materno desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, tais como: perguntar, explicar, falar, desmistificar, esclarecer, mostrar, orientar, ensinar, perguntar, convidar, incentivar, inserir, colocar, informar, estimular, pedir, deixar, permitir, favorecer, aproximar, ajudar, tranquilizar, respeitar e orientar. Considerando que, em diversos contextos, os itens verbais se mostravam insuficientes para viabilizar a categorização pretendida, ampliou-se para a análise da expressão composta pelo verbo e seu complemento.

A partir desse levantamento prévio dos verbos e seus complementos, foi possível depreender grupos de traços semânticos ou sentidos compartilhados pelos verbos, indicando quatro dimensões para a promoção do cuidado materno, que são: fazer falar, fazer entender, fazer fazer e fazer sentir. A categorização da lista de verbos nessas quatro dimensões da ação permite evidenciar a complexidade implicada na promoção do cuidado materno, destacando a diversidade de estratégias envolvidas.

Quadro 3 – Categorização dos verbos de acordo com o tipo de ação pretendida

Sentidos desvelados	Verbos praticados
Fazer falar	Perguntar/pedir
Fazer entender	Explicar Falar Desmistificar Esclarecer Mostrar Orientar Ensinar
Fazer fazer	Perguntar Convidar Falar Incentivar Inserir Colocar Informar Mostrar Estimular Pedir Orientar Deixar Permitir Favorecer
Fazer sentir	Aproximar Ajudar Tranquilizar Respeitar Orientar

No que se refere ao sentido fazer falar, os profissionais perguntaram a mãe:

Você já pegou ele (filho) no colo? Você quer? (E.2)

O nome da criança. (E.2)

Se ela foi orientada. (E.2)

Você está precisando de alguma coisa? (E.9)

Observando os exemplos acima retirados do Quadro 4 (APÊNDICE C), pode-se perceber que o verbo *perguntar* se apresenta no mesmo campo semântico em todas as ações porque este determina que uma ação está sendo levada a outra pessoa no sentido de fazer falar. Assim, os profissionais da equipe de Enfermagem estimulam a mãe a

responder se já pegou seu filho no colo, se quer pegar o filho no colo, se a mesma foi orientada e se ela está precisando de alguma coisa.

Com o sentido de fazer entender os profissionais explicaram:

Explicar o que é aquela sondinha, [...] aqueles aparelhos. Explicar direitinho: _ o bebê (em decúbito ventral) não pode ficar assim em casa, porque em casa não tem monitor, não tem a nossa atenção direta. (E.4)

- É assim, a respiraçozinha. Olha mãe, se enquanto estiver respirando assim está normal, não, não se assusta se o monitor estiver alarmando, vamos dar uma olhada, olha bem pros lábios dele, vê se está cianótico. (E.11)

Em relação ao sentido de fazer entender, os profissionais falaram para a mãe:

Você fique tranquila, você tem que estar bem, se você estiver muito ansiosa, muito nervosa com aleitamento materno você, além do leite secar, você não vai consegui se concentrar no cuidado dele. O aleitamento materno é muito importante pra ele, mas o mais importante é você estar aqui. (E.2)

Que é assim mesmo, que aquele neném é pequenininho, vai melhorar, que ela tem que ter paciência, que é um trabalho longo. (E.5)

Ainda em relação ao sentido de fazer entender, os profissionais desmistificaram:

Desmistificar esses medos. (E.15)

Desmistificar um pouquinho isso tudo que ela tem em mente. (E.15)

Com relação a esclarecer no sentido de fazer entender:

Esclarecendo suas dúvidas e estar fortalecendo. (E.15)

No sentido de fazer entender, os profissionais mostraram:

O que está acontecendo, quais são os aparelhos dependendo se tiver na CTI, lá na UTI. (E. 9)

Que é um cuidado simples e que faz a diferença ela mantém um contato com o filho dela ali na UTI. (E. 12)

No que se refere ao verbo *orientar* obedecendo ao sentido de *fazer entender*, os profissionais:

- Ele (prematuro) está atento, parece que não, mas ele (prematuro) está atento a você (mãe), porque ele (prematuro) sabe que você é a mãezinha dele. (E.1)

Quanto ao verbo *ensinar* no sentido de *fazer entender*, os profissionais realizaram:

Ensinando e acompanhando para que ela possa fazer sob supervisão, num primeiro momento uma supervisão mais atenciosa e depois mais um pouquinho distante pra que ela também possa tomar iniciativa, tenha um pouco de liberdade. (E.8)

A gente ensina, ela tem que colocar no peito, então a gente vai está auxiliando ela, muita das vezes vai colocar sozinha, às vezes vai dieta ser por copo e a gente ensina como ela faz, daí ela também oferece a dietinha por copo. (E. 12)

Observando os exemplos acima, podemos perceber que os verbos *falar*, *explicar*, *desmistificar*, *esclarecer*, *mostrar*, *orientar* e *ensinar* se apresentam no mesmo campo semântico em todas as ações porque este determina que uma ação está sendo levada a outra pessoa no sentido de fazer entender. Assim, os profissionais da equipe de Enfermagem falaram para a mãe sobre a importância da sua presença para o neonato prematuro, sobre importância de ela estar calma, ressaltando as consequências do estado emocional materno na produção do leite; que o bebê prematuro é pequenino, mas que a mesma deve ser paciente, que ele vai melhorar. Explicaram sobre como avaliar a respiração do neonato e verificar sinais de cianose, explicaram sobre a sonda e sobre a impossibilidade de manter o neonato em decúbito ventral em casa. Os profissionais ainda desmistificaram medos e esclareceram dúvidas, mostraram os aparelhos e a simplicidade do cuidado, destacando que o contato materno com o filho faz a diferença na UTI. Orientaram a mãe que o neonato está atento à ela e que ele sabe que ela é mãe dele.

Em relação ao sentido de *fazer fazer*, os profissionais perguntaram:

Se ela (a mãe) quer trocar a fralda da criança, se ela tem vontade de fazer (o método Canguru), se ela já foi ao banco de leite, se ela tem vontade de amamentar. (E.2)

Se ela quer fazer o que eu (faço) a troca de fraldas, não medicação, mas uma troca de fralda, a dieta [...]se ela quer mobilizar o neném. (E. 10)

No sentido de *fazer fazer*, os profissionais da equipe de Enfermagem convidaram a mãe:

- vamos dar o banhozinho nele? Vamos escolher a roupa? (E.2)

Ainda com intuito de *fazer fazer*, os profissionais falaram para a mãe:

Que é importante que ela participe, que ela ajude.

Que o ideal é sempre ela conversar com o bebê, falar com o bebê. (E.2)

Com o sentido de *fazer fazer*, os profissionais incentivaram:

O contato físico, da mãe fazendo carinho no bebê e depois a amamentação. (E.4)

Que ela faça a dieta[...]e aí ela consegue ter essa interação com a equipe. (E.7)

No que sentido de *fazer fazer*, os profissionais de enfermagem inseriram:

A mãe nesse cuidado, não só pelo cuidado. (E.2)

Mais (a mãe) mesmo no cuidado. (E.8)

Quanto ao objetivo de *fazer fazer*, os profissionais colocaram a mãe:

No que é mais prático, mais fácil pra ela. Normalmente na troca de fralda, auxiliar ela a gavar uma dieta ou se for na mamadeira, incentivar ela na mamadeira, mais os cuidados básicos assim. (E. 12)

Em relação à ação de informar, no sentido de *fazer fazer*, os profissionais agiram:

Informando que ela pode tocar, que às vezes (a mãe) nem sabe se pode ou se não pode (tocar), oferecendo mesmo: - Quer tocar, quer pegar. (E. 9)

No que se refere ao sentido de *fazer fazer*, os profissionais mostraram a mãe:

como deve ser o toque (no bebê). (E. 2)

que ela pode fazer (o toque) e que é importante que ela faça. (E.12)

Ao promover o cuidado materno no sentido de *fazer fazer*, profissional de Enfermagem pediram a mãe:

Para ela participar dos cuidados [...] para ela fazer e eu sempre estou supervisionando. (E.6)

Ainda no sentido de *fazer fazer*, os profissionais estimularam:

A mãe a fazer o Canguru com o neném, de trocar uma fraldinha. (E.10)

Ela a tocar na criança, a ajudar nos cuidados. (E.11)

Os profissionais da equipe de Enfermagem, com o intuito de *fazer fazer*, orientaram a mãe:

A tomar cuidado com os circuitos, com o acesso venoso [...] Se ela puder trocar fralda, ela troca, se ela puder gavar a dieta, segurar a seringa aí o máximo que ela puder participar na higiene. (E.6)

Com o mesmo objetivo de *fazer fazer*, os profissionais deixaram:

A mãe acompanhar a gavagem [...] e a gente está ali olhando. (E.8)

Tendo em vista o objetivo de *fazer fazer*, os profissionais permitiram as mães a:

Que pelo menos a mãe fique perto, que ela saiba o que você está fazendo com a criança, converse com a criança, cante pra criança [...] reze, tem muitas aqui que fazem isso. (E.13)

Ao estimular a mãe no sentido de *fazer fazer*, os profissionais de Enfermagem favoreceram a mãe:

A olhar a incubadora, tirar um pouco toda a aparelhagem, o pano que estiver cobrindo, o que tiver e empecilho que impeça da mãe de ver (o filho). (E.13)

Observando os exemplos acima, extraídos do Quadro 4 (APÊNDICE C) podemos perceber que os verbos *perguntar, convidar, falar, incentivar, inserir, colocar, informar, mostrar, pedir, estimular, orientar, deixar/permitir, facilitar/favorecer* se apresentam no mesmo campo semântico em todas as ações porque este determina que uma ação está sendo levada a outra pessoa no sentido de *fazer fazer*. Assim, os profissionais da equipe de Enfermagem perguntaram se a mãe queira trocar a fralda, fazer o método canguru, ir ao banco de leite, amamentar o filho, mobilizar o bebê.

Convidaram a mãe a dar o banho no filho, escolher a roupa dele. Falaram para a mãe sobre a importância da sua participação e ajuda nesse momento que a mãe está com a equipe presente. Incentivaram a mãe a fazer a dieta, o contato físico, o carinho e amamentação. Inseriram mãe no cuidado, colocaram a mãe no que era mais prático, na troca de fraldas, na dieta, nos cuidados básicos. Informaram sobre a possibilidade dela tocar no filho, mostraram como deveria ser o toque. Pediram a mãe para ela participar dos cuidados sob supervisão da equipe, estimularam a mãe a fazer o canguru, a trocar uma fralda, tocar na criança e ajudar nos cuidados. Orientaram quanto a tomar cuidado com os circuitos e acesso venoso do neonato, quanto a oportunidade de participar dos cuidados de higiene e dieta, deixaram a mãe acompanhar a gavagem sob supervisão, permitiram a presença da mãe perto da criança, permitiram a mesma a saber o que o profissional estava fazendo com o neonato, permitiram a mãe a conversar com a criança, cantar para ela e rezar. Os profissionais de enfermagem ainda facilitaram a mãe a ver o filho pela incubadora.

Em relação ao sentido de *fazer sentir*, a equipe de enfermagem aproximou:

A mãe do bebê mesmo. (E.7)

Os profissionais de Enfermagem ajudaram mãe e filho com o intuito de *fazer sentir*:

Ao ajudar aquela mãe a ver aquela criança como um filho mesmo, como uma pessoa que ela precisa estabelecer algum vínculo. (E. 7)

Os profissionais na ação de *fazer sentir*, tranquilizaram as mães:

Tentar promover, tranquilizar essa mãe. (E.1)

Tem que tranquilizar essa mãe e tentar trazer essa mãe pra a realidade daquela criança e promover essa relação. (E.1)

Ao *fazer sentir*, os profissionais respeitaram o espaço das mães:

Respeitar o espaço dela. (E.2)

Que respeitar o tempo da pessoa, mas também você não pode perder essas oportunidades de captar quando talvez seja a hora de começar esse vínculo com o bebê. (E. 13)

Ao promover o cuidado materno através do *fazer sentir*, os profissionais de enfermagem orientaram:

A mãezinha quando ela chega no setor, levo ela até a criança, falo um pouco sobre a criança como é que ela está, se ela perguntar alguma dúvida, esclareço qualquer dúvida que ela tenha em relação aos cuidados do filho. (Entrevistada 11)

Orientar até que ela (mães) fique muito segura e fique com o bebê dela mais à vontade. (E.1)

Observando os exemplos acima, extraídos do Quadro 4 (APÊNDICE C) podemos perceber que os verbos aproximar, promover, tranquilizar, acolher, respeitar, orientar se apresentam no mesmo campo semântico em todas as ações porque este determina que uma ação está sendo levada a outra pessoa no sentido de fazer sentir. Assim, os profissionais da equipe de Enfermagem aproximaram a mãe do bebê, promoveram a interação entre os mesmos, colocando-o no colo dela para ter um contato, ajudaram a mãe a ver aquela criança como um filho mesmo, como uma pessoa que ela precisa estabelecer algum vínculo, tranquilizaram essa mãe e tentaram trazer essa mãe para a realidade daquela criança e promoveram essa relação, acolheram e orientaram as mesmas e ainda respeitaram o espaço e o tempo delas, sem perder a oportunidade de captar a hora de começar esse vínculo com o bebê.

A delimitação das ações verbais permitiu observar a diversidade de aspectos envolvidos na promoção do cuidado. Desse modo, compreende-se que o trabalho da equipe de Enfermagem envolve não apenas a necessidade de conduzir a ação das mães, mas também evidenciar suas implicações com o *fazer entender* e o *fazer sentir*.

Ao delimitar as ações verbais como entrada para as análises empreendidas, foi igualmente possível compreender o papel desempenhado pelas circunstâncias de naturezas diversas (temporais, condições, causais, entre outras). A seguir, explicitam-se essas circunstâncias, compreendendo o papel que possuem na demonstração das implicações das ações de promoção da saúde.

3.1.2 Representações discursivas dos profissionais de enfermagem apontando os momentos que promovem o cuidado materno

A partir da delimitação das ações verbais explicitada acima, foi possível compreender que, simultaneamente ao que se demonstrou pela expressão composta por verbo e seu complemento, outro elemento importante na apreensão da promoção do cuidado materno se realizou pela indicação de circunstâncias diversas. Assim, apresentam-se os “momentos” indicados para essa promoção, explicitando condicionantes para as estratégias profissionais na promoção do cuidado.

(Eu promovo o cuidado materno) no momento em que (a mãe) se apresenta na UTI, porque ela (a mãe) vai conhecer seu bebê [...] se a mãe estiver presente, você pode ensinar a mãe a dar o copinho para ela (mãe) ficar segura. (E.1)

Quando está na hora dos cuidados e (quando) a mãe está presente, eu costumo convidar:- “Ah, vamos trocar a fraldinha dele? vamos dar o banhozinho nele? Vamos escolher a roupa? Eu sempre gosto de convidar a mãe pra participar e mostrar que ela na verdade está no domínio daquele cuidado e não você, (Eu promovo/incentivo a participação da mãe no cuidado a seu filho) todo momento possível, (...). (E.2)

Dessa forma, observa-se que a promoção do cuidado materno é representada em função de indicação de diferentes momentos:

Quando a mãe está presente na UN

Se a mãe tiver presente, você pode ensinar a mãe a dar o copinho para ela (mãe) ficar segura. [...] No momento em que (a mãe) se apresenta na UTI, porque ela (a mãe) vai conhecer seu bebê. (E.1)

Ah, no momento que ela (mãe) chega na UTI, no momento que ela começa a participar, que ela (mãe) vem à UTI pra ver o filho, pra cuidar do filho, a partir daquele momento eu já começo a incentivar, quando pode, assim que pode a gente coloca no colo dela: - Quer segurar, mãe? Ainda brinco e ainda falo assim pra ela, assim: - Mãe quer fazer um sacrifício, quer segurar ele um pouquinho no colo? - Ah quero, quero, (fala da mãe). Elas ficam todas contentes,... assim eu tento colocar (o prematuro no colo da mãe) o máximo possível, desde o momento que ela entra na UTI porque tem umas(mães) que não vem tão cedo, né? por vários motivos, mas assim que elas começam a participar, a entrar e se sentir interessadas a gente já começa a mostrar pra elas, né? (E.5)

Geralmente quando ela (mãe) está próxima [...]quando ela está próxima e eu estou cuidando. (E.9)

Então, nesses momentos de, no momento da visita que ela estiver e se tiver um cuidado que naquele mesmo horário [...] se ela estiver presente o tempo inteiro a gente pode incentivar ela e ela é capaz de fazer tudo ali, o bebê está mais...num quadro clínico melhor. (E.12)

a gente aproveita todos os momentos, quanto mais a mãe permanece na unidade, mais a gente promove essa interação. (E.14)

Ao promoverem o cuidado materno quando a mãe está presente, os profissionais apontam que a promoção se dá mediante a presença da mãe na UN, a chegada da mãe na UTIN, a sua participação, seu interesse e proximidade, a sua visita, a disponibilidade integral materna na UN.

Quando o neonato prematuro está estável

(Quando) ela já está mais estável, eu converso sobre o método canguru, explico a importância, pergunto se ela tem vontade de fazer (o método Canguru), incentivo o aleitamento materno também, pergunto se ela já foi ao banco de leite, (pergunto)se ela já foi orientada, (pergunto) se ela tem vontade de amamentar. Dependendo da situação clínica da criança. (E.2)

Quando dá, quando não está muito lotado na UTI, na medida do possível, (na medida) da condição clínica do bebê colocar na posição Canguru, no colo da mãe, que ela faça a dieta, incentiva também o pai a trocar fralda, a avó e aí o familiar que esteja aqui presente e aí ela consegue ter essa interação com a equipe e promover esse vínculo que é super importante desde o comecinho. (E.7)

Os profissionais da equipe de enfermagem expressam que promovem o cuidado materno quando o neonato está estável, dependendo de sua condição clínica, quando há possibilidade e quando não está muito lotado a UTI.

Quando o bebê prematuro está na UI

Quando vai para UI já é mais diferente porque ela já pode pegar no colo a hora que ela quer, ela não depende nem da gente, ela já tem mais um contato com o bebê no banho, em arrumar, trocar fraldinha, coisas que às vezes na UTI ela às vezes não consegue fazer isso. (E.4)

Assim, no momento que a gente pode colocar no colo a gente põe, passar a mão, tem todo esse cuidado, né? No BI (UI-Unidade Intermediária) é pra elas cuidarem mesmo, né? dar banho: _ Vamos dar banho mãe, pega assim, cuida, troca a fralda. O cuidado direto com eles, o cuidado direto na UTI... é bem diferente o cuidado da mãe na UTI e depois no BI (UI). (E.5)

A gente tenta incentivar, no caso da UI, o banho, auxiliar nos cuidados, na própria dieta mesmo, nas dúvidas, promove uma interação porque é muito difícil a mãe que passa uma gestação toda imaginando seu filho, aí nesse

momento ocorre o distanciamento... então, a gente sempre tenta aproximar a mãe do bebê mesmo para promover esse vínculo que é super importante. (E.7)

Se for na UI é na hora dos cuidados no banho, eu estimulo ela a dar o banho se a criança estiver em condições de tomar banho na bacia, na banheirinha a gente estimula ela dar o primeiro banho, oriento, incentivo, supervisiono. (E.11)

A promoção do cuidado materno acontece mediante a presença do bebê prematuro na UI. Assim os profissionais apontam que a promoção do cuidado materno se dá em qualquer horário, nos cuidados de higiene, dieta e nos momentos que se faz necessário.

3.1.3 Representações discursivas dos profissionais de enfermagem apontando as justificativas para a promoção do cuidado materno

Com o desdobramento observado na delimitação das ações verbais, considerou-se necessário destacar também as justificativas que as acompanham, evidenciando estratégias que se articulam e viabilizam as ações verbais explicitadas anteriormente.

Assim, a promoção do cuidado materno pelos profissionais da equipe de Enfermagem é apresentada em função de diferentes justificativas marcadas pela interdiscursividade e pela intertextualidade no que diz respeito a trazer benefícios ao bebê prematuro, para evitar a rejeição da mãe pelo filho, para a continuidade dos cuidados no domicílio, para evitar complicações e reinternações do bebê prematuro, para favorecer a amamentação e cuidados, para incluir a mãe na equipe de cuidados, para estimular o vínculo mãe-filho, para criar o vínculo profissional-mãe, para valorizar o que for melhor para a mãe, para estimular a confiança materna e tranquilidade às mães.

Porque ela (a mãe) vai conhecer seu bebê, porque ela (criança) vai ficar muito mais feliz, muito mais segura dentro da UTI e ela (criança) vai promover o tratamento mais rápido se a mãe estiver presente, ela (criança) vai se desenvolver muito melhor [...] porque tem muitos trabalhos que provam que a mãe é fundamental na UTI para o sucesso do bebê. (E.1)

Porque muitas vezes o bebê está estressado, (a sucção não nutritiva) é uma forma de alívio de dor, que ele, ele se sente mais confortável. (E.2)

E é bom para o desenvolvimento da criança e dela (mãe) também, como pessoa, visto que quando há essa separação dela (mãe) quando a criança está na UTIN, elas ficam mais melindradas porque assim que a criança vai pra mãe, é um cuidado, mas dentro da UTIN ela já tem aquela preocupação. (E.3)

Porque a criança sente desde pequenininha, na hora da concepção ele já sente e aí ao escutar a voz da mãe ele sente familiaridade, sente mais calmo. É importante porque assim a criança se sente amada, se sente protegida e estimula ela a ficar mais tranquila, mais calma. Eu já vi muita criança chorar e quando escuta a voz da mãe já fica mais calma ou então quando escuta a voz da mãe e sabe que vai no colo, aí chora mais. (E.6)

O toque é muito importante pra ele, para o desenvolvimento, pra ele se sentir acolhido, pra ele sentir que tem alguém não estranho tocando nele e sim... a presença dos pais, do parente, da mãe, do paizinho, que ela não pode ficar alisando que eles tem um reflexo que eles ficam irritados. (E.11)

No que se refere à promoção do cuidado materno com a justificativa de trazer benefícios ao bebê prematuro, destacam-se: a felicidade e segurança do neonato, ao tratamento mais célere, ao melhor desenvolvimento, a presença materna para o sucesso do bebê na UTI, por ser bom para a criança, devido ao estresse do bebê, devido ao alívio da dor e conforto proporcionado pela sucção não nutritiva e devido aos benefícios do toque.

Se você não tem um profissional ali orientando, pode ser ali fatal. Ela pode sair de lá e ir embora e não querer, recusar bem até bem o filho, porque ela está esperando um bebê Jonhson ou ela pode ficar muito deprimida porque já não tem família com ela ali para ela voltar, pra acolher, pra explicar. (E.11)

Com a justificativa de evitar a rejeição da mãe pelo filho, os profissionais da equipe de enfermagem promovem o cuidado materno a fim de prevenir que a mãe recuse o filho e se adeque a transição da figura do bebê imaginário, que é perfeito, com o bebê prematuro real.

Porque ela vai ter que ter continuidade, a criança não ficar com a gente toda vida, uma hora elas vão ter que levar pra casa.[...] pra que ela (mãe) tenha consciência de que ela vai dar continuidade, a nossa (dos profissionais) continuidade, então é ela (mãe) que vai seguir essa interação entre mãe e filho, que é importante pra ela não só aqui, mas visando a continuidade no lar.[...] Ela (mãe) já acha que não é só o bebê, é um bebê que precisa de cuidados especiais, então elas (mães) atribuem mais a gente, até porque elas acham que a gente tem mais capacidade, elas não. [...] é mais pra elas terem noção de que a continuação. Elas vão ter que continuar o trabalho que a gente (profissionais) tem, os cuidados com o bebê. (E.3)

Então ela tem que se acostumar com o bem do filho dela, o normal e o anormal. [...] e com isso elas vão pegando segurança. Vão ficando mais seguras. [...] conhecer a anormalidade e o normal do filho dela, para quando

ela chegar em casa ela não ter um susto com a criança, dar um espirro, ela volta correndo. (E.11)

Para ela ter segurança de levar o bebê pra casa, ela vai saber olhar pra ele e entender o que ele tem naquele momento. E detectar qualquer alteração porque ela está participando do cuidado, ela vê como é que é o bebê dela e o que que é a alteração.[...]quando esse bebê for pra casa pra ela é muito mais tranquilo dela realizar os cuidados, ela se sente mais confiante de fazer tudo porque ela não, não pegou um bebê depois de meses internado e vai começar a se familiarizar com ele depois desse distanciamento, desse tempo longe sem poder fazer nada.[...] porque quando ela sair é ela que vai ter que realizar esses cuidados, então é bom que ela aprenda nesse momento que ela está aqui com a gente, que vai ter um profissional do lado visualizando o que ela está fazendo, ensinando a forma correta. (E.12)

Ao promoverem o cuidado materno a fim de estimular a continuidade dos cuidados no domicílio, os profissionais de enfermagem afirmam que a mãe vai ter que dar a continuidade do cuidado ao filho com confiança, segurança, precisão para detectar qualquer alteração e tranquilidade, para prepara-la para realizar esses cuidados quando ela sair.

Para quando elas forem para casa evitar um broncoaspiração, um cuidado que elas sempre tem medo e às vezes acontece um retorno de uma internação por falta dessas orientações.[...] Para evitar essas coisas que eu já falei pra você. Por que na verdade a gente até já teve casos de óbito por broncoaspiração da [...] porque já teve caso de bebê ir pra casa e broncoaspirar e ir a óbito mesmo, da gente ficar sabendo que foi a óbito por causa de orientações, ou a mãe também não levou em consideração as orientações. (E.4)

Para na ocasião da alta diminuir as intercorrências, as reinternações. O objetivo seria esse... quanto mais ela conhecer o filho dela, receber alguma orientação aqui, nossa em relação à saúde da criança, menos, espera-se menos intercorrência tenha em casa, para retorno, para reinternação ou qualquer outro tipo de problema, broncoaspiração. Mais em relação à saúde mesmo do bebê e o vínculo. (E.9)

Ao promoverem o cuidado materno, a equipe de enfermagem visa evitar complicações e reinternações ao bebê prematuro após a alta, com a redução de intercorrências e broncoaspiração.

Porque elas são muito ansiosas em relação ao aleitamento materno se a criança vai ficar bem. [...] Então você tem que estar bem, se você estiver muito ansiosa, muito nervosa com aleitamento materno você além do leite secar, você não vai conseguir se concentrar no cuidado dele. (E.2)

Porque quanto antes a criança está exposta ao afeto, quanto antes ela se entender como parte daquele outro indivíduo e aí vai, é importante porque quanto antes ela desenvolvesse vínculo com sua mãe, melhor será a relação, mais fácil será quando for haver a introdução do aleitamento materno. (E.8)

Ao promoverem o cuidado materno buscam favorecer o aleitamento e cuidados, justificando que as mães são muito ansiosas em relação ao aleitamento e ao bem estar dos filhos, que as mães devem estar bem, que a ansiedade e o nervosismo materno secam o leite e impedem a concentração da mãe no cuidado e que a vinculação precoce mãe-filho facilita a introdução do aleitamento.

Porque ela se sente parte daquele tratamento, que não é um tratamento apenas da equipe, ela também faz parte. (E.1)

Porque o fato dela (mãe) não poder amamentar ainda o bebê, o bebê ainda não está disponível pra poder sugar o peito, então a mãe se sente também participando da alimentação do bebê. (E.2)

Para que ela possa se sentir dentro de todo o trabalho desenvolvido pela equipe e para que ela possa participar do cuidado [...] para ela está fazendo tudo isso com a gente, para que ela possa se sentir mais familiarizada, pra crescer questões sentimentais [...] pra trazer ela junto.[...]para que ela possa se sentir melhor, que não se sinta excluída do seu bebê, que sintam, [...] pra sentir que ela realmente não está ali sendo rejeitada dos cuidados à ele, eu acho que é tanto psicológico quanto prático também pra ela está ali presente. (E.15)

Com o intuito de promover o cuidado materno associado à inclusão da mãe na equipe de cuidados, os profissionais justificam que a mãe se sente parte do tratamento, familiarizada e melhor, que a mãe se sente participante da alimentação do bebê mesmo sem poder amamentar, que a mãe não se sente rejeitada e excluída dos cuidados ao filho, que é algo tanto psicológico quanto prático, que é para trazê-la mais presente e próxima de seu filho.

Porque o vínculo vai ser criado com o tempo, por mais que àquela mãe tenha gerado àquela criança, se ela conversava com a criança, a criança vai reconhecer ela, mas só que tem que ser tudo com o tempo”. [...]que quanto mais rápido ela criar o vínculo com o bebê, o bebê vai conseguir se desenvolver melhor, a questão do desenvolvimento neurológico da criança. [...] porque o vínculo, ele também vai fazer com que essa criança saia mais rápido da unidade, a interação da mãe com a criança vai fazer com que a criança saia mais rápido, isso ajuda muito. (E.2)

Para ter aquela ligação ali, que às vezes fica interrompida nasce uma criança assim brusca, a mãe não sabe se vai morrer, se vai ficar, se vai viver, como é que vai ficar, então ela tem uma certa resistência, então esse trabalho ali de acompanhamento é muito importante para essa ligação. (E.4)

O importante é isso mesmo, é essa ligação da mãe e do pai com o neném e pra criança também, que ele se sente mais aconchegado com a mãe, a criança conhece. [...], a gente fala assim: _ mãe ele conhece sua voz, conversa com ele, fala, briga né, a gente brinca muito, fala assim: _Briga com ela, né, está fazendo besteira, porque elas (mães) ficam (se sentindo) toda importante, a mãe fica toda, quando a gente fala, Assim: _Oh, sua filha está aprontando,

hein?!Está fazendo bobagem. Aí elas ficam todas contentes porque acha que está melhorando. (E.5)

É muito importante essa aproximação, mesmo com a condição clínica, mas ajudar aquela mãe a ver aquela criança como um filho mesmo como uma pessoa que ela precisa estabelecer algum vínculo [...] porque é muito difícil a mãe que passa uma gestação toda imaginando seu filho, aí nesse momento ocorre o distanciamento para promover esse vínculo que é super importante. (E.7)

Para fortalecer esse vínculo. (E.9)

Que tenha assim um certo sentimento de posse em relação a ele, carinho, amor. (E.15)

Já com o intuito de estimular o vínculo mãe-filho, os profissionais de enfermagem valorizam o tempo como fator indispensável a essa vinculação, a necessidade da mãe não se ausentar da UN, a importância do vínculo mesmo em diferentes situações clínicas da criança, a situação difícil de distanciamento precoce vivido pela mãe com seu filho, o estímulo a ligação da mãe com o filho que nasce bruscamente e que tem iminência de morte, a importância da precocidade da vinculação na relação do filho com a mãe, a importância da mãe perceber o filho como uma pessoa que ela precisa estabelecer o vínculo, sentimento de posse, carinho e amor, o reconhecimento de que a criança desde pequeninha sente a mãe e reconhece sua voz, se sentindo aconchegada, protegida e calma e os benefícios do vínculo precoce no desenvolvimento neurológico da criança e na celeridade da alta do bebê:

Que a gente (profissional) é a ponte da criança com esses primeiros momentos da mãe. (E.1)

Porque você tem que criar um vínculo com essa mãe, pra ela sentir confiança em você e falar o que ela quer também. (E.2)

Que ela sinta segurança em você como profissional [...] que às vezes nem sabe se pode ou se não pode tocar. (E.9)

Os profissionais promovem o cuidado materno com a justificativa de ser a ponte entre a criança e a mãe e de criar um vínculo com a mãe para ela se sentir confiante e segura com o profissional:

porque é muito legal você fazer as coisas que são importantes, mas só que o que é importante pra você e o que é preconizado como a melhor qualidade de assistência, às vezes, não é o melhor para aquela mãe e aquele bebê, ela não vai se sentir bem amamentando, ela não queria amamentar. Então amamentar pra ela vai ser uma violência pra ela. [...] Às vezes ela não quer trocar a fralda daquele bebê. Ela está com um bebê grave por exemplo [...] então você tem

que respeitar o espaço dela. Você não pode invadir, você acaba invadindo e violentando essa mulher quando você tenta obrigar a fazer as coisas. (E.2)

Para que ela também possa tomar iniciativa, tenha um pouco de liberdade (E.8)

Que não tem que ser uma coisa tão imposta. Então assim, você vê muitas vezes uma exigência que ela tem que fazer, ela tem [...] uma imposição muito grande, que ela tem que fazer aquilo [...] eu fico preocupada com isso (momento dela) e aos poucos conforme ela queira, ela se sinte à vontade ela vai realizando. É uma troca de fralda, que às vezes pra gente é algo tão comum, mas pra elas, pelo problema, principalmente, que a criança passou, pelo tempo de internação, pela gravidade da patologia, seja lá o que for, é complicado, então ter um pouquinho de paciência com elas. (E.9)

Os profissionais da equipe de enfermagem promovem o cuidado materno considerando aquilo que é melhor para a mãe, compreendendo as possíveis situações de medo e de culpa que ela possa estar vivenciando junto ao bebê grave, respeitando a falta de vontade de colocar a mão no filho e o medo de prejudicar ainda mais a criança, bem como o espaço, iniciativa e liberdade da mãe, sem invadir e violenta-la com imposições e obrigações de cuidado.

Porque muitas vezes elas estão com tanto medo com aquela situação toda diferente, que elas ficam com medo até de botar a mão no bebê. (E.2)

Porque elas assim elas tem uma certa resistência, medo, tem muito medo daquela situação [...] para poder elas se sentirem mais confiantes na situação Então eu acho assim muito importante, muito importante a participação delas né porque é um trabalho difícil para elas também. Mãe de prematuro é muito complicado, é muita insegurança. (E.5)

Porque no início elas estão amedrontadas, não dá pra forçar dessa forma. (E.9)

Acho muito importante. Afinal de contas o filho é dela, em um momento ele vai ter alta e ela precisa ter segurança [...] porque a criança que passa por uma internação mais prolongada tende a deixar a mãe um pouco mais insegura. (E.8)

E aí ela vai ter uma confiança maior porque ela fez aquilo na presença de profissionais que assistiam ela fazendo e que estava certo, por exemplo, instilar um sorinho no nariz, ela fez aquilo na frente de alguém, então se aquilo estava certo, ensinaram assim, em casa ela vai fazer com mais confiança, entendeu? (E.10)

O susto dela e o impacto é menor. Porque o impacto é muito grande quando ela chega e olha assim pro filhinho e vê ele cheio de tubo, de aparelho, não tem ninguém perto pra explicar passo a passo, eu acho que ela sai mais frustrada do setor, ela fica numa depressão e aí a gente explicando, ela sai mais calma, fica mais calma e fica com menos medo de ter o contato com a criança. [...] E aí, ela com isso ela vai e toca, ela fica mais tranquila, fica mais segura e eu observo que ela gosta desse momento dessa participação. [...] eu sinto elas ficam mais relaxadas, ficam mais à vontade, ficam até mais alegres,

de ficar participando, de voltar mais vezes no leito da criança no setor [...] elas ficam mais envolvidas. Esse cuidado deixa elas mais seguras, mais conscientes do que elas estão fazendo. [...] é muito importante pra elas. Eu acredito que seja, elas saem daqui muito agradecidas. (E.11)

Ao promover o cuidado materno com vista a estimular a confiança materna, os profissionais justificam que a mãe, muitas vezes, tem medo da situação da internação e de colocar a mão no bebê, possuem resistência, medo e insegurança, que explicar sobre os tubos e aparelhos ameniza o impacto materno, que o cuidado deixa elas mais seguras e conscientes, que a internação prolongada favorece a insegurança materna, que ela precisa ter segurança para ter alta, que fazer o cuidado na presença do profissional e o tocar o filho favorecem a segurança, tranquilidade e relaxamento materno.

3.2 A prática social dos profissionais da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal

A partir da prática discursiva, foi possível desvelar a prática social dos profissionais da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro na UN alicerçada em diferentes ações e momentos com vistas a um único objetivo. Nesse sentido, os discursos da promoção do cuidado apontaram para uma estrutura de formação ideológica assentada em uma ordem de discurso institucional.

Na ordem de discurso institucional, diferentes enunciações sobre a promoção do cuidado materno representaram a unicidade das vozes dos profissionais de saúde. Esse discurso hegemônico estabeleceu pré-condições de promoção do cuidado materno, com ações (modos) de promoção do cuidado de caráter funcionalista para alcançar objetivos alicerçados a partir de vozes marcadas pela interdiscursividade e pela intertextualidade de políticas públicas específicas, filiadas a uma ideologia dominante. Desse modo, a prática social estava vinculada a ideologias institucionais pró-aleitamento materno exclusivo e a Política Pública vigente nesse hospital.

3.2.1 As pré-condições para a promoção do cuidado materno na Unidade Neonatal

A partir de uma leitura global das entrevistas, um aspecto importante a ser destacado foi o de sempre haver expressões relacionadas a condições para a realização daquelas ações por parte dos profissionais. Além disso, percebeu-se que essas circunstâncias eram recorrentes.

Desse modo, considerando a recorrência de certas expressões introduzindo as circunstâncias, destacaram-se os fragmentos introduzidos pelos seguintes elementos: *no momento em que, quando, no momento que, a partir do momento que, desde o momento que, assim que, sempre quando, geralmente quando, se e quanto mais.*

(Eu promovo o cuidado materno) no momento em que (a mãe) se apresenta na UTI, porque ela (a mãe) vai conhecer seu bebê [...] se a mãe estiver presente, você pode ensinar a mãe a dar o copinho para ela (mãe) ficar segura. (E. 1)

Quando está na hora dos cuidados e (quando) a mãe está presente, eu costumo convidar: - “Ah, vamos trocar a fraldinha dele? vamos dar o banhozinho nele? Vamos escolher a roupa? Eu sempre gosto de convidar a mãe pra participar e mostrar que ela na verdade está no domínio daquele cuidado e não você, (Eu promovo/incentivo a participação da mãe no cuidado a seu filho) todo momento possível, (...). (E. 2)

Ah, no momento que ela (mãe) chega na UTI, no momento que ela começa a participar, que ela (mãe) vem à UTI pra ver o filho, pra cuidar do filho, a partir daquele momento eu já começo a incentivar, [...] assim eu tento colocar (o prematuro no colo da mãe) o máximo possível, desde o momento que ela entra na UTI porque tem umas(mães) que não vem tão cedo, né? por vários motivos, mas assim que elas começam a participar, a entrar e se sentir interessadas a gente já começa a mostrar pra elas, né? (E. 5)

A partir do momento que a mãe (vem), que a criança vem né?, geralmente vem sozinha, aí depois vem a mãe, daí quando a mãe vem aí eu peço para a ela participar dos cuidados, né? (E. 6)

Geralmente quando ela (mãe) está próxima né?... eu particularmente não sou muito de ir até a mãe procurar nas enfermarias... acabo não fazendo isso não, mas quando ela está próxima e eu estou cuidando. (E. 9)

... sempre quando a mãe se aproxima, quando a mãe está presente eu sempre falo. (E.10)

Eu... primeiramente eu oriento a mãezinha, quando ela chega no setor, levo ela até a criança, falo um pouco sobre a criança como é que ela está, se ela perguntar alguma dúvida, esclareço qualquer dúvida que ela tenha em relação aos cuidados do filho. (E. 11)

Então... nesses momentos de... no momento da visita que ela estiver e se tiver um cuidado que eheh... naquele mesmo horário [...] Às vezes a gente acaba fazendo mais (cuidados) (pausa, respira fundo) do que ela (mãe). Mas assim,

se ela estiver presente o tempo inteiro a gente pode incentivar ela e ela é capaz de fazer tudo ali, né?... o bebê está mais...num quadro clínico melhor. (E. 12)

Então a partir do momento que a mãe esteja presente e a criança tem condições é a qualquer momento (que eu promovo o cuidado materno), o momento de você trocar uma fralda, o momento de você colocar no colo, fazer uma dieta [...]a gente aproveita todos os momentos, quanto mais a mãe permanece na unidade, mais a gente promove essa interação. (E. 14)

Os profissionais representados pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem condicionam a presença materna na UN como pré-condição a promoção do cuidado materno e assim determinam a proporção, a frequência, a condição prévia e os diferentes momentos com que os profissionais promovem o cuidado materno.

A associação da promoção do cuidado materno à frequência da mãe no setor revela que a ideia de que a promoção do mesmo está restrita a prática no setor. Assim, o profissional é responsável por promover as ações de promoção do cuidado materno conforme os critérios estipulados pela equipe de enfermagem: “se ela estiver presente o tempo inteiro”; “quanto mais a mãe permanece na unidade”.

Eu particularmente não sou muito de ir até a mãe procurar nas enfermarias... acabo não fazendo isso não. (E. 9)

Que a gente aqui não tem esse serviço, que é ir lá e falar: _ Ah, seu bebê está bem. E nisso ela fica lá na UCE preocupadíssima, não sabe se o filho sobreviveu, como é que está o estado do filho [...] então na cabeça dela passa centenas de coisas: _ ‘Como está meu filho? Se ele está vivo, se ele está morto’. (E. 11)

Apesar de estabelecerem a presença materna na UN como necessária a promoção do cuidado materno, os discursos dos profissionais não revelam esforços no sentido de aproximar a mãe, que está internada em outro setor, do filho prematuro na UN.

Assim, os discursos dos profissionais vão de encontro ao que é recomendado no Programa de Atenção ao RN de Baixo Peso, quando diz que ‘é conveniente que alguém da equipe de saúde visite a mãe precocemente estabelecendo uma ponte entre ela e o filho. De modo, a prepará-la para o primeiro contato com seu filho. Nesse processo, seria importante o profissional valorizar a escuta das apreensões maternas e, assim, possibilitar a ambientação prévia sobre o cenário e sobre as condições de saúde do bebê (BRASIL, 2011).

_ a equipe já começa a criticar: "Ah, a mãe não aparece!". Aí quando a mãe aparece, os profissionais da equipe de enfermagem não tentam promover uma conversa, já ficam distante, só ficam criticando mesmo, então eu acho que isso não é válido. (E.7)

Em função da ausência materna na unidade, os profissionais acabam se distanciando da mãe, o que acarreta a ausência de diálogo entre eles. Isso reforça que a baixa frequência materna na unidade é um fator determinante para a não promoção do cuidado materno.

Nesse sentido, a falta de interesse em saber o motivo da ausência da mãe no setor, bem como o julgamento da mesma como justificativa a não promoção do cuidado materno revelam que os profissionais reduzem a ausência materna a um fato, tratado de forma descontextualizada, sem espaço para problematização e reflexão, característico de uma educação verticalizada.

Nessa maneira, Freire critica a concepção positivista de educação, na qual a educação em saúde é vista de forma reducionista, adotando práticas impositivas, prescritivas de comportamentos ideias distante dos educandos e de suas realidades. Tornando os mesmos objetos passivos das ações preconceituosas, coercitivas e punitivas (AMARAL; PONTES; SILVA, 2014).

Outra pré-condição foi desvelada nos discursos da equipe de enfermagem:

(quando) ela já está mais estável eu converso sobre o método canguru, explico a importância, pergunto se ela tem vontade de fazer (o método Canguru), incentivo o aleitamento materno também, pergunto se ela já foi ao banco de leite, (pergunta) se ela já foi orientada, (pergunta) se ela tem vontade de amamentar. (E. 2)

Quando ele estiver um pouco mais estável (na UI) e ela segura de fazer(o banho)... eu acho que aí é tranquilo de que ela possa fazer (dar o banho)sim. [...] Não dá pra pegar a qualquer momento, tem que, o bebê tem que estar mais estável, lá (na UI) ele, ele já está prestes a ir embora ehehe.. é praticamente, ela pode assumir os cuidados do bebê, né? Agente fica do lado auxiliando. (E. 12)

Dependendo da situação clínica da criança a gente pode estar estimulando isso pra ela está fazendo tudo isso com a gente, né? Pra que ela possa se sentir mais familiarizada, pra crescer questões sentimentais e tudo, né? [...] dependendo da situação de cada paciente é possível sim estimular pelo menos um contato [...] da mãe, do toque [...]. (E. 15)

Os profissionais da equipe de enfermagem expressam outra pré-condição como fator determinante para a promoção do cuidado materno: a condição e a estabilidade clínica do prematuro, explícitos nos seguintes fragmentos: “(quando) ela já está mais estável”; “quando ele estiver um pouco mais estável”; “o bebê tem que estar mais

estável”; “Dependendo da situação clínica da criança”; “dependendo da situação de cada paciente”.

A gente tem que esperar a criança ter o peso, ter a idade, não estar em uso de algumas tecnologias para gente promover essa interação. [...] Então a gente tem parâmetros. (E. 14)

Então para promover o cuidado materno, os profissionais levam em consideração a estabilidade do recém-nascido, bem como o peso e a idade gestacional.

Desse modo, os critérios de elegibilidade para promover o cuidado materno atendem a diretriz do programa de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso- método canguru, quando aponta a estabilidade clínica, a nutrição enteral plena e o peso mínimo de 1.250g como critérios para o neonato prematuro ser cuidado de forma contínua pela mãe (BRASIL, 2011).

Desse modo, através do fragmento discursivo “a gente tem que esperar a criança ter peso” desvela que a promoção do cuidado materno obedece a uma ideologia dominante que regula as ações do profissional na promoção do cuidado materno no sentido de atender os objetivos dos programas e políticas.

Não pode se colocar um prematuro extremo, que necessita de uma incubadora pra viver porque ele não tem a menor condição de manter o calor dele, pensar que ela vai para um canguru, não, a gente tem critério de peso, de idade. (E. 14)

Além dos critérios de estabilidade clínica, peso e idade, o profissional de enfermagem ainda aponta a eutermia do recém-nascido como um critério de elegibilidade para a realização da Posição Canguru. Entretanto esse discurso vai na contramão do que é preconizado como vantagem desse método, quando retrata que a posição canguru evita a perda de calor corporal, estando associada ao aumento de calor corporal do neonato e a manutenção térmica semelhante à obtida em uma incubadora bem controlada (BRASIL, 2011).

Dentro da medida do possível a gente faz o canguru, a gente faz translactação, então todos esses momentos a gente utiliza para promover essa interação, que é o normal, né? a gente espera (o bebê) chegar o mais próximo da normalidade. (E. 14)

Quando dá (para promover o cuidado materno), quando não está muito lotado na UTI a gente, na medida do possível, (na medida) da condição clínica do bebê colocar na posição Canguru [...] tenta explicar de uma forma mais

simples as condições do bebê, as condições clínicas para que ela (mãe) possa entender mesmo e até mesmo ajudar de alguma forma. (E. 7)

Diante da estabilidade da criança, a promoção do cuidado materno se dá em momentos específicos, conforme os fragmentos discursivos: “Dentro da medida do possível”; “Quando dá”; “quando não está muito lotado na UTI”; “na medida do possível”.

Assim, os momentos de possibilidade e de impossibilidade de promoção do cuidado materno correspondem às situações vivenciadas no contexto da UN e que vão ao encontro do que preconiza o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso- Método Canguru quando afirma que o contexto da UN pode influenciar na promoção do cuidado materno, uma vez que é uma unidade que possui barulho intenso, luzes e superlotação constantes, associado ao trabalho excessivo e ao número acentuado de profissionais no setor (BRASIL, 2011)

Nessa perspectiva, a promoção do cuidado materno se dá de forma diferenciada a partir dos cenários em que o recém-nascido prematuro encontra-se internado.

Na UTI [...] assim, no momento que a gente pode colocar no colo, a gente põe, passar a mão, tem todo esse cuidado. (E. 4)

Na UTI normalmente [...] a gente deixa a mãe acompanhar a gavagem por exemplo, e aí muitas vezes ela faz e a gente está ali olhando. (frisou, risos) (E. 8)

Que pelo menos a mãe fique perto, que ela saiba o que você está fazendo com a criança, converse com a criança, cante pra criança; dependendo da pessoa reze. (E. 13)

Na UTI a promoção do cuidado se dá de forma limitada e superficial, sendo oportunizado, em momentos específicos, a mãe estar com o filho ao colo, acompanhar e realizar a gavagem sob supervisão da equipe, estar perto, saber o que a equipe está fazendo com a criança, conversar com o filho, cantar e rezar para ele.

a gente está mais ocupada na assistência [...] então (os profissionais) não dão muita atenção pra mãe (na UTI). (E. 11)

Devido ao contexto do cenário intensivo, com demanda de cuidados imediatos a todo instante, o cuidado materno pode não ser priorizado. Assim, nem sempre é possível a promoção do cuidado materno.

Na UTI não, ela já chega e espera, se você der a liberdade pra ela de fazer isso ela até faz, mas ela não tem o "start" por parte dela. Sozinha ela não vai, se você não falar, não... acho que ela tem um certo medo. (E. 10)

O fragmento discursivo acima elucida que, na UTI, se faz necessário que a equipe de enfermagem “dê a liberdade” para que a mãe realize o cuidado materno ao seu filho. Assim, a possibilidade de promoção do cuidado materno é determinada pelo profissional, detentor do poder, legitimando sua dominação em relação às mães (NATH-BRAGA, 2012).

Constata-se nesse fragmento discursivo a caracterização da educação “domesticadora” e prescritiva, na qual há uma dicotomia entre os que manipulam e os que são manipulados, entre os sujeitos que libertam e os objetos que são libertados. Esta se opõe a educação libertadora que busca convidar os educandos a conhecer, a desvelar a realidade, de modo crítico e tem no diálogo sua base transformadora (FREIRE, 2013c).

... ela (mãe) (na UTI) fica muito limitada no cuidado, ela (mãe) não pode chegar e pegar o bebê dela e botar no colo [...], ela (mãe) fica quase que sempre insegura, ali querendo que você chegue perto pra ajudar naquele cuidado ali. (E. 1)

Na UTI elas tem mais um contato, colocar a mão, [...] interagir assim mais... porque cuidar mesmo já fica até mais, realmente já fica difícil pra elas porque elas tem muito medo. (E. 3)

A mãe (na UTI) vai ter que tomar mais cuidado com respeito aos acessos periféricos, profundos, a sonda, se tiver algum dreno ... e também a mãe tem que saber se de repente a criança está restrita ao leito, em mínimo manuseio, aí ela não vai poder participar. [...] geralmente quando está na UTI a mãe não consegue fazer a higiene, porque não é banho. Só (é banho) quando está no BI. (E. 6)

Ela vai prestar um cuidado mais minucioso assim, com mais cautela, porque a gente tem que está acompanhando mesmo [...] e aí na UTI a gente tem cautela. (E. 12)

Na UTI, a promoção do cuidado materno de forma limitada acaba gerando um comportamento materno de insegurança, dependência e medo, corroborando para a realização de um cuidado materno superficial e restrito, conforme permissão da equipe de enfermagem.

Quando o prematuro vai para UI, a promoção do cuidado materno se mostra diferente do promovido na UTI:

Na UI a gente já começa a incentivar a participação no cuidado, preparando pra quando ela já for para casa. Ela já vai lá, dá o banho no bebê [...] a gente pede para ela chegar mais cedo para poder dar o banho no bebê [...] ela já pode pegar no colo a hora que ela quer, ela não depende nem da gente, ela já tem mais um contato com o bebê no banho, em arrumar, trocar fraldinha. [...] No BI (UI) é pra elas (mães) cuidarem mesmo, dar banho. (E. 4)

Aí no BI a mãe já pode dar o banho e se estiver a dieta por copinho também, peço para ela fazer e eu sempre estou supervisionando [...] Agora no BI (na UI) já é mais recuperação nutricional, então a mãe pode fazer tudo, já está perto de ir pra casa. (E. 6)

A gente tenta incentivar, no caso da UI, o banho, auxiliar nos cuidados, na própria dieta mesmo, nas dúvidas, promove uma interação (...). (E. 7)

As questões são outras, as questões são mais voltadas com a alimentação, com formas de que essa alimentação vai acontecer, a gente já realmente já precisa está inserindo mais (a mãe) mesmo no cuidado. (E. 8)

Se for na UI é na hora dos cuidados no banho, eu estimulo ela a dar o banho, se a criança estiver em condições de tomar banho na bacia, na banheirinha a gente estimula ela dar o primeiro banho, oriento, incentivo, supervisiono, entendeu? [...] quando eles vão pra UI o laço, o vínculo afetivo é maior, tanto mãe bebê, quanto mãe profissional porque a gente fica mais próximo da mãe, a gente dá mais atenção, trabalha mais com a mãe na orientação, no acolhimento. Na UI é mais perfeito pra isso (promoção do cuidado materno). (E.11)

Ao falarem sobre a promoção do cuidado na UI, os profissionais de enfermagem revelam serem favoráveis à introdução da mãe no cuidado materno ao filho prematuro. Sendo assim, promovem o cuidado materno incentivando às mães a chegarem mais cedo na UN, a participarem dos cuidados ao filho, inserindo a mãe nos cuidados na hora do banho, na realização da dieta, cuidados de higiene, dando mais atenção e acolhimento a ela.

Entretanto, o emprego do “já precisa estar inserindo” as mães no cuidado revela que as mães não tem o poder de se inserir sozinha nos cuidados ao filho, necessitando da ajuda dos profissionais para serem inseridas. Diante disso, presencia-se uma relação de dominação da equipe de enfermagem sobre as mães através de uma educação prescritiva, que determina o momento ideal para que o cuidado aconteça (FREIRE, 2013c).

Eu acho que no BI (UI) a mãe tem uma liberdade maior de cuidar do bebê dela [...] ela já chega, e, por exemplo, se está na hora da dieta, da fralda, ela já chega e vai fazendo. (E.10)

(a mãe na UI) tem mais liberdade para pegar nele (filho) no momento em que for necessário. (E.12)

Entretanto, o fragmento discursivo que se refere à UI revela que a mãe possui mais liberdade para cuidar do filho.

Quando eles vão pra UI, eles já vão sem os tubos, a maioria vão só para complemento alimentar, no máximo vão com sonda e cateter de antibioticoterapia. Então as mães já ficam mais tranquilas, elas já vão mais satisfeitas, já aceitam mais, já ficam mais à vontade, já ficam o dia inteiro com a criança, são mais presentes e participativas [...]. (E.11)

Na UI a mãe já está um pouco mais segura, ela já está se sentindo mais mãe na UI, com um pouco mais de poder. (E.8)

Diferente da UTI, na UI a mãe tem um pouco mais de poder, se sente mais segura, mais mãe do próprio filho.

No BI é um bebê que já está prestes a ir embora. É basicamente o que ela vai fazer em casa, é um bebê que já está estável, que não tenho tanto receio que ela faça [...] desde que seja sempre supervisionado, auxiliado por alguém da enfermagem... Ah na UI, ela já participa dando o banho, são bebês que podem tomar banho (...) Assim a gente ensina, mostra como seria. (E. 12)

Nesse pensar, a UI mostra-se como um ambiente propício ao desenvolvimento da promoção do cuidado materno, pois a mãe recebe incentivo, estímulo, orientação, atenção e acolhimento por parte da equipe de enfermagem, conforme os fragmentos discursivos: “a gente pede para ela chegar mais cedo para poder dar o banho no bebê; ela não depende nem da gente, ela já tem mais um contato com o bebê no banho, em arrumar, trocar fraldinha [...] é pra elas (mãe) cuidarem mesmo; a mãe pode fazer tudo; a gente tenta incentivar no caso da UI, o banho, auxiliar nos cuidados, na própria dieta mesmo, nas dúvidas, promove uma interação; eu estimulo ela a dar [...] o primeiro banho, oriento, incentivo, supervisiono [...] a gente dá mais atenção, trabalha mais com a mãe na orientação, no acolhimento; é mais perfeito pra isso (promoção do cuidado materno).

Cabe destacar, que a promoção do cuidado materno na UI, associado ao advérbio de tempo “já” indica uma condição de participação imediata, traduzindo a necessidade de celeridade no processo de promoção conforme destacado: “A gente já começa a incentivar a participação no cuidado, preparando pra quando ela já for para casa; ela já pode pegar no colo a hora que ela quer; a mãe já pode dar o banho e se estiver a dieta por copinho também, peço para ela fazer e eu sempre estou

supervisionando; a gente já realmente já precisa estar inserindo mais (a mãe) mesmo no cuidado.”

O fato de incentivar, preparar, pedir e inserir a mãe no cuidado com seu filho indica que nesse setor existe um objetivo a ser atingido pelo profissional de enfermagem a fim de atender a uma ideologia institucional dominante (FAIRCLOUGH, 2001). Assim, ao adotar o verbo “já pode” em dois fragmentos discursivos “já pode pegar no colo” e “já pode dar banho” reafirmam a relação de dominação dos profissionais sobre as mães e indicam uma necessidade iminente de promover o cuidado materno ao filho.

Além disso, ao julgar que as mães “necessitam ser preparadas para cuidarem do filho” o profissional revela que nessa educação verticalizada elas são consideradas como um mero depósito de conhecimentos e informações. Isto é, a mãe apenas deve receber e arquivar passivamente aquilo que lhe é repassado pelo profissional (FOCHEZATTO; CONCEIÇÃO, 2012).

Assim, a promoção do cuidado materno na UI, possibilita a liberdade para realizar os cuidados ao filho: “tem mais liberdade para pegar nele no momento em que for necessário; a mãe tem uma liberdade maior de cuidar do bebê dela.” E ainda possibilita a mãe “a ter um pouco mais de poder”.

Além disso, a estabilidade clínica do filho, associada à promoção e incentivo ao cuidado materno na UI, configuram-se como um ambiente favorável a participação da mãe nos cuidados ao filho: “na UI a mãe já está um pouco mais segura, ela já está se sentindo mais mãe na UI, com um pouco mais de poder; ela já chega e vai fazendo; ela já participa dando o banho; elas já vão mais satisfeitas, já aceitam mais, já ficam mais à vontade, já ficam o dia inteiro com a criança, são mais presentes e participativas; ela já participa dando o banho”.

Esta “falsa liberdade” e o “falso poder” ofertados a mãe na UI, nessa concepção bancária de educação constitui um obstáculo à transformação, sendo considerada uma concepção anti-histórica de educação, pois ao invés de promover a libertação da consciência e emancipação do sujeito humano, busca domesticar, criar uma falsa realidade aos olhos dos que se tornam objetos (FREIRE, 2011a).

Já na UTI a mãe fica mais limitada no cuidado, exercendo, muitas vezes, um cuidado mais relacionado ao toque, conforme o fragmento discursivo; “passar a mão; tem mais um contato, colocar a mão, [...] interagir assim mais... porque cuidar mesmo já fica até mais, realmente já fica difícil”.

A possibilidade de realizar esse tipo de cuidado pela mãe na UTI desvela a posição que a mesma pode ocupar na promoção do cuidado junto a seu filho nesse cenário de acordo com a equipe de enfermagem.

Os profissionais de enfermagem da UTI, na maioria das situações, não permitem a participação da mãe nos cuidados, possuem mais cautela com relação aos dispositivos inseridos no bebê e não dão muita atenção para elas, conforme o fragmento a seguir: “(os profissionais) não dão muita atenção pra mãe; ela fica muito limitada no cuidado, ela (mãe) não pode chegar e pegar o bebê dela e botar no colo; a mãe vai ter que tomar mais cuidado com respeito aos acessos periféricos, profundos, a sonda, se tiver algum dreno [...] se de repente a criança está restrita ao leito, em mínimo manuseio, aí ela não vai poder participar; a mãe não consegue fazer a higiene; a gente tem cautela”.

Essas mães ainda necessitam de uma autorização da equipe de enfermagem da UTI e de um momento adequado para participar dos cuidados ao filho sob supervisão atenta da equipe, conforme destacado nos fragmentos discursivos: “ela já chega e espera, se você der a liberdade pra ela de fazer isso (cuidado materno) ela até faz, mas ela não tem o "start" por parte dela; no momento que a gente pode colocar no colo a gente põe, [...] tem todo esse cuidado; a gente deixa a mãe acompanhar a gavagem [...] ela faz e a gente está ali olhando.

As condições clínicas do filho associadas a falta de liberdade e autonomia para cuidar do próprio filho prematuro na UTIN, corroboram para gerar um ambiente não favorável a integração da mãe, que pode mostrar-se com medo e insegurança. O medo e a insegurança são ao mesmo tempo justificativas para a não promoção do cuidado materno, assim como consequências da falta de promoção desse cuidado pelo profissional: “ela (mãe) fica quase que sempre insegura, ali querendo que você chegue perto pra ajudar naquele cuidado ali (na UTIN); elas tem muito medo; sozinha ela não vai, se você não falar, não, acho que ela tem um certo medo; vai prestar um cuidado mais minucioso assim, com mais cautela.”

No entanto, essa cristalização da ideia de mãe de um filho prematuro relacionada ao medo e insegurança não estimulam o profissional a buscar respostas aos motivos desses sentimentos maternos. Além disso, revela que nesse espaço não há reflexão e problematização sobre esses sentimentos, e assim as situações são tratadas na perspectiva de pré-julgamentos dos profissionais de enfermagem.

Ao estabelecer pré-condições, os discursos dos profissionais revelam uma organização de trabalho, que privilegia a promoção do cuidado materno a partir da

decisão dos profissionais em detrimento da necessidade materna. Assemelhando-se a ideologia de uma educação bancária pautada em uma relação verticalizada e impositiva, na qual os profissionais da equipe de enfermagem (educadores) não dão voz as mães (educandas) e acabam por não ter espaço de decisão (FREIRE, 2013c).

Além disso, nessa unidade parece não haver espaço para a escuta atenta e o diálogo, de forma que os profissionais não buscam saber os motivos que impossibilitam as mães de estar presente no setor, assim como dos motivos que as levam a se sentir inseguras e amedrontadas.

Esse comportamento opressor de estabelecer regras para promoção do cuidado materno e em reduzir às mães a coisa/objetos se assemelha a postura adotada pelo educador na educação bancária. Nessa concepção de educação o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber (FREIRE, 2013c).

Ainda revela uma relação de dominação dos profissionais em relação às mães, que além de estabelecerem o melhor momento, determinam a inserção materna no cuidado junto ao filho.

Assim, caberia à educação problematizadora o papel de esclarecer e auxiliar na libertação da consciência humana, para que mãe adquira seu lugar de sujeito da ação de cuidar e tenha condições de assumir sua condição ontológica e social de modo a contribuir para a transformação da realidade (FOCHEZATTO; CONCEIÇÃO, 2012).

3.2.2 Os modos e justificativas da promoção do cuidado materno dos profissionais de enfermagem na Unidade Neonatal

Neste item, procede-se à discussão a respeito dos modos e justificativas para a promoção do cuidado materno pautados na ideologia das políticas públicas.

Incentivo o aleitamento materno também, pergunto se ela já foi ao banco de leite [...] E também costumo conversar muito com a mãe, que elas são muito ansiosas em relação ao aleitamento materno se a criança vai ficar bem. [...]. EU sempre costumo falar pra elas: - “Você fique tranquila, você tem que estar bem, se você estiver muito ansiosa, muito nervosa com aleitamento materno você além do leite secar, você não vai conseguir se concentrar no cuidado dele. O aleitamento materno é muito importante pra ele, mas o mais importante é você estar aqui.” Então, assim elas costumam ficar um pouco mais calmas, ficar um pouco menos neuróticas com a questão do aleitamento materno e costuma fluir um pouquinho melhor. (E.2)

Eu incentivo mais na amamentação mesmo, que eu acho legal [...] tem todo esse contato físico, incentivando a amamentação, o banho, os cuidados com o bebê. (E. 4)

Eu explico, oriento: _Olha, é assim que ele tem que ficar pra pegar, pra amamentar, é essa posição mãezinha. [...]. (E.11)

Assim, ao promoverem o cuidado materno os profissionais de enfermagem se utilizam de ferramentas de comunicação, tais como explicação, orientação e incentivo buscando contemplar as políticas públicas relacionadas ao aleitamento materno.

Nesse sentido, os discursos refletem as estratégias de promoção que compõe a PNIAM na Atenção Hospitalar, tendo como apoio a IHAC e o Método Canguru, contando ainda com a Rede Brasileira de Banco de Leite Humano.

A IHAC faz parte da Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), que busca o apoio renovado à amamentação exclusiva da criança até seis meses de vida, e a continuidade da amamentação com alimentação complementar por dois anos de vida ou mais. Esta Iniciativa surgiu como resultado de eventos e políticas de saúde com o propósito de resgatar as práticas do aleitamento materno e combater os altos índices de consumo de fórmulas lácteas, associados a uma grande parcela da mortalidade infantil mundial (UNICEF, 2012).

Dessa forma, tanto a *'Declaração de Innocenti'* como a *Cúpula Mundial da Infância* representaram marcos importantes para a reordenação do programa pró-amamentação brasileiro (ARAÚJO, 2007).

A assinatura da *'Declaração de Innocenti'* na Itália, em 1990, fez do Brasil um dos doze países contemplados para implementar medidas necessárias para garantir a nutrição adequada da mãe e de sua família, proteção à maternidade e o fortalecimento da mulher na sua decisão de amamentar exclusivamente até os 4 ou 6 meses de vida e continuar amamentando até o segundo ano de vida ou mais, com alimentos complementares. Esta ainda possui o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno em todas as partes do mundo, através da implantação dos "Dez passos para o aleitamento materno bem sucedido" (BRASIL, 2014).

Nesse pensar, os profissionais de saúde tentam tranquilizar as mães no momento do aleitamento materno, indicando a desvantagem do estado emocional na produção de leite, tentam contemplar o que está proposto no passo 5 para o sucesso no aleitamento

materno da IHAC ‘mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos’.

No entanto, ao adotar uma conduta prescritiva, determinando o que mãe deve fazer, como ela deve se sentir e como deve conduzir o cuidado, os profissionais adotam uma postura verticalizada, típica de uma educação bancária (FREIRE, 2001).

Assim, o profissional frente a promoção do cuidado materno define o conteúdo ou a meta a ser alcançada, estabelecendo condutas a serem cumpridas pelas mães, conforme os fragmentos discursivos: pergunto se ela já foi ao banco de leite; fique tranquila, você tem que estar bem; é assim que ele tem que ficar (quando está sendo amamentado).

Ao se utilizar da educação bancária para promover o cuidado materno, os profissionais de enfermagem nem sempre alcançam os objetivos traçados previamente, visto que ao falar para a mãe que ela deve ficar bem, enfatizando as consequências negativas da ansiedade apresentada por ela, pode gerar ainda mais ansiedade e consequentemente dificultar o cuidado materno.

Da mesma forma, ao se determinar a posição da criança no peito, sem valorizar o conhecimento prévio materno, acaba por retirar da mãe a possibilidade de tentar a melhor posição para ela e seu filho.

Em contrapartida, na educação problematizadora busca-se através do diálogo, e baseado na cultura do educando e na consciência que ele tem da mesma, o tema a ser trabalhado. E assim através de uma relação dialógica entre educador e educandos permite que se obtenha a consciência dos indivíduos sobre os temas e a reflexão sobre sua própria realidade, possibilitando assim a crítica e a transformação dos mesmos (FREIRE, 2001).

O cuidado máximo que elas (mães) fazem é trocar uma fralda, segurar uma seringa na hora da gavagem, é acalmar o bebê quando o bebê está estressado elas (mães) chegam. (E.1)

Ajudar a gavar a dieta, a fazer a sucção não nutritiva, sempre conversar que a sucção não nutritiva é importante pro bebê, que muitas vezes o bebê está estressado, é uma forma de alívio de dor, que ele se sente mais confortável. A questão do gavar a dieta também é muito importante pra mãe que o fato dela não poder amamentar ainda o bebê, o bebê ainda não está disponível pra poder sugar o peito, então a mãe se sente também participando da alimentação do bebê. (E. 2)

A dieta por copinho também, peço para ela fazer e eu sempre estou supervisionando. (E.6)

E aí muitas vezes ela faz (a gavagem) e a gente está ali olhando (frisou, risos) só pra ela ter o gostinho de estar alimentando o bebê, porque isso tudo é importante. (E.8)

Eu acho que é isso mesmo, entendeu... ajudo chamar pra gavar a dieta, entendeu pra ajudar, aí já vai orientando também, porque no próximo momento aquela criança já vai pro BI, ou vai pra casa, e aí ela já vai ter que fazer alguns cuidados e ela já vai tendo um contato a partir daqui. (E. 10)

Enquanto estão dando o copinho e aí se assusta. (fala do profissional para a mãe): _ Não, vamos dar copinho sim, a gente coloca em pezinho, senta ele, é assim... Todo um procedimento na orientação, na supervisão, a gente está sempre ali do lado dela, então isso é muito importante para elas. Eu acredito que seja (importante para elas), elas saem daqui muito agradecidas. (E. 11)

Normalmente na troca de fralda, auxiliar ela a gavar uma dieta ou se for na mamadeira, incentivar ela na mamadeira, mais os cuidados básicos assim. (E. 12)

A gente faz translactação, então todos esses momentos a gente utiliza para promover essa interação. (E. 14)

Outras estratégias, presentes nos discursos dos profissionais, que visam o atendimento ao quinto passo da IHAC são o incentivo a participação da mãe na administração da dieta por gavagem, na aplicação da sucção não nutritiva ao filho, na realização da dieta por copo e a translactação. Essas ações possibilitam a participação da mãe na alimentação do filho, contribuindo positivamente para a manutenção da produção láctea mesmo que a amamentação não seja possível naquele momento.

Ao trazer essas estratégias, os discursos dos profissionais também vão ao encontro do que se preconiza o programa de Assistência Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, quando afirma que para contribuir para a formação de laços afetivos duradouros a equipe deve permitir que os pais participem dos cuidados dispensados ao bebê e ainda propõe estratégias de lembretes avisando para o profissional coincidir a visita dos pais a alimentação do bebê (BRASIL, 2011).

Cabe destacar nos discursos, que os profissionais também oportunizavam a mãe a possibilidade de “gavar” a dieta na ocasião da indisponibilidade do bebê para sugar o peito e ainda, oportunizavam a realização da translactação com a finalidade da mãe “ter o gostinho” de estar alimentando o bebê, corroborando para o estímulo da lactação de forma precoce.

Quando ajudam a mãe a realizar a sucção não nutritiva e ressaltam a importância desta prática para alívio da dor e conforto do neonato, os profissionais contemplam os cuidados especiais recomendados ainda na primeira etapa do Programa de Assistência

Humanizada ao Neonato de baixo peso- Método Canguru: *“Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor”*.

Ao trazer o copinho como uma alternativa de alimentação utilizada na Unidade Neonatal, os discursos se filiam a política da IHAC, que recomenda em sua diretriz, que a oferta do leite materno pode ser realizada pela amamentação, ou suplementados com leite humano através de sonda de alimentação, colher ou por copo, conforme as condições clínicas do binômio mãe-bebê (BRASIL, 2011).

A técnica do copo é um método apropriado de alimentação de neonatos quando eles ainda não podem ser amamentados no seio materno, ou ainda quando a mãe está impossibilitada de amamentar seu filho. Esta forma de alimentação é muito utilizada em neonatos prematuros com a finalidade de evitar o oferecimento de Leite Humano Ordenhado (LHO) através da utilização de bicos de mamadeira, evitar a confusão de bicos e provável desmame (ARAÚJO et al., 2014).

O copinho ainda visa aumentar a habilidade de sucção efetiva para a amamentação, assim como corroborar para o sucesso da amamentação, mesmo nas situações de distanciamento mãe-bebê (TAMEZ, 2013).

Outra forma de promover o cuidado materno, presente nos discursos dos profissionais, está relacionado ao encaminhamento materno ao banco de leite humano. O banco de leite Humano faz parte da estratégia da política governamental de promoção do Aleitamento Materno da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano (RBBLH), que além de coletar, selecionar, classificar, processar e distribuir leite humano, ainda presta assistência, a qualquer hora, às lactantes que tenham dificuldade para amamentar seus filhos hospitalizados (SOUZA; ESPIRITO SANTO; GIUGLIANI, 2010).

O BLH oferece um serviço especializado vinculado a um hospital de atenção materna e/ou infantil, sendo proibida a comercialização dos produtos por ele distribuídos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2008).

Os discursos ainda revelam ações pertinentes a orientações quanto a pega e posição recomendadas pela PNIAM e que estão presentes como ações de promoção ao AM nas estratégias IHAC, Método Canguru e RBBLH.

Entretanto, apesar de buscar contemplar os objetivos da PNIAM, os profissionais de saúde revelam em seus discursos que levam em consideração alguns aspectos de modo a estabelecer cuidados possíveis de serem realizados pela mãe. Assim, ao trazerem o “cuidado máximo”, o discurso dos profissionais revela que nem

todos os cuidados são possíveis de serem realizados pela mãe, se limitando apenas aos cuidados de higiene e alimentação.

Além de o profissional realizar a promoção desse cuidado materno na perspectiva de um cuidado tecnicista com vistas a atender as metas das políticas públicas vigentes, esses cuidados ainda são restritos e específicos, transparecendo nos discursos que a mãe não seja a pessoa mais adequada, nesse momento, para cuidar do próprio filho.

Desse modo, a relação de favor se estabelece entre o profissional e a mãe, na qual o profissional se porta de maneira a permitir a participação da mãe em determinados cuidados ao filho e a mesma se sente agradecida pela oportunidade. Essa relação de favor retrata bem a relação de poder existente nesse cenário.

Nessa relação entre opressor e oprimido, não há espaço para diálogo. O profissional sozinho decide o que a mãe pode ou não fazer e que tipo de cuidado realiza, revelando assim que a promoção do cuidado não possibilita a mãe autonomia (FREIRE, 2013c).

Desse modo, os sentidos presente nessa relação são de caráter ideológico, pois contribuem para a naturalização das diferenças que inferiorizam e servem de discriminação a certos grupos, de forma imperceptível para que não haja luta ideológica (FAIRCLOUGH, 2008).

Os discursos ainda revelam que por ocasião da impossibilidade materna de amamentar o filho, os profissionais estimulam a participação da mãe na administração da dieta por gavagem para que elas se sintam participando da alimentação do filho. Assim, a necessidade do profissional de estimular essa sensação de participação materna na alimentação por gavagem revela a valorização da idealização da amamentação como algo esperado que aconteça normalmente e que, de certa forma, inclui a mãe no processo de cuidado. Porém, quando a amamentação não é possível, há uma adaptação das ações de promoção de modo a estimular a realização da gavagem a fim de que a mãe tenha a sensação e o “gostinho” de estar participando da alimentação do bebê.

No entanto, ao utilizar o termo “se sente também participando da alimentação do bebê” e “só para ela ter o gostinho de estar alimentando o bebê” denota-se que para o profissional a participação da mãe não acontece de fato e que apenas é dada a ela a sensação de estar participando.

Os discursos ainda revelam a demarcação da presença do profissional nas ações de cuidado materno. Ao estarem supervisionando, olhando e “sempre ali do lado”

trazem à tona a possibilidade de estarem apoiando a ação de cuidado materno ou vigiando as mães na realização desse cuidado.

Assim, ao ensinar a mãe a dar o copinho, o profissional revela em seu discurso que orienta, supervisiona e fica ao lado da mãe, destacando que essas ações de promoção do cuidado são muito importante para as mães'. No entanto, ao revelar que essa promoção é importante para elas, o profissional desvela uma política de educação que não vislumbra a mãe como colaboradora e sim como um sujeito passivo do processo, onde o profissional possibilita todas as condições, que diz quando, o que, porque e como deve ser feito cada cuidado. As ações de promoção do cuidado materno ainda são direcionadas ao cumprimento de objetivos funcionalistas vinculados a Programas específicos, buscando atender os passos, estratégias e rotinas sem entender como se desdobrará o processo de cuidado dentro do contexto e realidade maternas.

Entretanto, é importante nesse processo que o profissional vislumbre um outro olhar, um olhar aonde essa mãe seja um sujeito ativo do processo, aonde a mãe possa ser ouvida e assim possibilitar o planejamento de cuidados em conjunto com a equipe.

Conforme a mãe vai pegando segurança a gente vai ensinando e acompanhando para que ela possa fazer sob supervisão, num primeiro momento uma supervisão mais atenciosa e depois mais um pouquinho distante pra que ela também tenha, possa tomar iniciativa, tenha um pouco de liberdade. Mas sempre de olho. [...] quando eu estou promovendo o cuidado eu chamo a mãe para poder acompanhar e estar do lado e tal. Até para ela conseguir ter um pouco mais de segurança a partir da visão de outra pessoa fazendo. (E. 8)

se você estimula logo no início que essa mãe pegue no neném, que ela mude a fraldinha, que quando esse bebê tiver alta, ainda vai ser um bebê pequenininho, 2 kg, e aí ela vai ter uma confiança maior porque ela fez aquilo na presença de profissionais que assistiam ela fazendo e que estava certo, por exemplo, instilar um sorinho no nariz, ela fez aquilo na frente de alguém, então se aquilo estava certo, ensinaram assim, em casa ela vai fazer com mais confiança.(E.10)

Então devagarzinho, ir inserindo ela nos cuidados é importante sim, pra ela ter segurança de levar o bebê pra casa, ela vai saber olhar pra ele e entender o que ele tem naquele momento. [...] Bom a gente tenta colocar ela no que é mais prático, mais fácil pra ela, que ela não sinta medo de fazer uma tarefa que não seja muito difícil. Normalmente na troca de fralda, [...] incentivar ela na mamadeira, mais nos cuidados básicos assim. (E.12)

Assim, os discursos da equipe de enfermagem ao revelarem o incentivo a participação da mãe nos cuidados ao filho de forma gradual e crescente se dá pautada nas diretrizes do Método Canguru, tendo como finalidade a aproximação mãe-filho e o exercício da função materna, mesmo que limitadamente. O estímulo à participação

materna de forma segura e agradável busca propiciar condições facilitadoras a formação do vínculo com o bebê e com a equipe de saúde. Assim, a mãe é ensinada a realizar os cuidados ao filho, e depois acompanhada e supervisionada intensamente pela equipe de enfermagem. E finalmente, quando a mãe adquire mais autonomia, os profissionais referem supervisioná-la um pouco mais distante (BRASIL, 2011).

A ideia de que o cuidado materno ao filho deve ser realizado na presença do profissional para que se tenha maior confiança, legítima ainda mais o poder hegemônico estabelecido pelos profissionais de enfermagem em relação a mãe. Desse modo, a dependência materna à presença do profissional para a realização do cuidado a fim de trazer segurança, torna a mesma um ser dependente dos preceitos determinados pela equipe de enfermagem dominante. Através desse tipo de educação o sujeito torna-se receptor passivo de informações que lhe são depositadas por outrem (FOCHEZATTO; CONCEIÇÃO, 2012).

Nesse pensar, quando a mãe recebe um suporte adequado possibilita a mesma a se adaptar a rotina da unidade, cuidar do seu filho e desmistificar a ideia de fragilidade do neonato.

(Profissional) dê a ela (mãe), né?... Tem umas (mães) que tem medo de tocar no neném... você (profissional) vai, você vai tentar, você não vai obrigar, mas você vai mostrar pra ela que aquilo é uma coisa muito simples, que é importante pra ela, esse toque é fundamental pra que a criança entenda o que aquela é a mãe dela, vai entender que aquela voz é da mãe dela. (E.1)

Explico a importância (do método canguru) [...] pergunto se ela tem vontade de fazer (o método Canguru) [...] perguntar se ela tem vontade de colocar a mão na criança, se ela quer segurar a criança, pergunto: - Você quer colocar a mãozinha nele? Segurar a mãozinha dele? Colocar a mãozinha na no bumbum dele? [...] Mostro como deve ser o toque é... Mostro como deve ser o toque. [...] (E.2)

Eu promovo a participação da mãe no momento de higiene, no momento de ter o contato no colo também, quando vai pro colo. (E.3)

de incentivar o contato físico da mãe fazendo carinho no bebê e depois a amamentação. [...] e eu me preocupo mais com esse contato físico mesmo [...] fazer carinho no bebê, esse contato mesmo pra fazer o vínculo.[...]. (E.4)

Colocar na posição Canguru, no colo da mãe, que ela faça a dieta (E.7)

Estimular a mãe a fazer o Canguru com o neném.[...] (eu acho importante promover esse cuidado) porque quanto antes ela tiver esse contato, essa aproximação com o filho dela, melhor vai ser a relação entre os dois além do vínculo que você vai estimular. (E.10)

(Falo para a mãe): “É pra segurar firme, conversar com ele, pra ele sentir bem acolhido, entendeu?” [...] estímulo ela a tocar na criança [...] a gente (fala): - Não, você tem que tocar [...] o toque é muito importante pra ele, pro

desenvolvimento, pra ele se sentir acolhido, pra ele sentir que tem alguém não estranho tocando nele [...] até mesmo assim, na hora do carinho, não fazer, o modo que ela vai fazer o carinho né? que ela não pode ficar alisando que eles tem um reflexo que eles ficam irritados. (E.11)

A gente coloca ele (prematuro) no colo (da mãe) pra ter um contato [...] Incentivar)esses cuidados básicos mesmo de troca de fralda, de pegar no colo, de manter um contato, de fazer a dietinha, quando é possível. (E. 12)

A gente também faz canguru aqui. Dentro da medida do possível a gente faz o canguru. (E.14)

Pelo menos um contato da mãe, do toque. (E.15)

Ao estimularem o toque materno ao filho e destacarem as vantagens desse contato para o binômio mãe-bebê, os discursos dos profissionais contemplam a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, quando define que o contato pele a pele se inicia através do toque e evolui até a posição canguru, de forma precoce e crescente (BRASIL, 2011).

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal humanizado, desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007 que objetiva reduzir o tempo de separação mãe-bebê, favorecer o vínculo, permitir um controle térmico do neonato de forma mais efetiva, contribuir para a redução do estresse e dor nos neonatos internados e para a redução do risco de infecção hospitalar, contribuir para o aumento da adesão ao aleitamento materno, na melhora da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo dos neonatos internados, propiciar um bom relacionamento entre equipe de saúde e família, estimular a competência e confiança dos pais nos cuidados a seu filho, reduzir o número de reinternações, e contribuir para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais (BRASIL, 2011).

A primeira etapa do referido método se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco e prossegue na internação do neonato na Unidade Neonatal e além do acolhimento realizado, a posição canguru é proposta sempre que possível e desejada pela mãe. A segunda etapa do Método tem como pré-requisito além da estabilidade clínica e o ganho de peso regular do neonato, a segurança materna, o interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com a criança na enfermaria Canguru. A terceira acontece após a alta e baseia-se em um criterioso acompanhamento ambulatorial (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, o discurso dos profissionais ao revelar que incentivam o toque sempre que possível, atendem aos cuidados especiais preconizados na Norma de Atenção Humanizada ao RN de baixo-Peso – Método Canguru que recomendam “Propiciar sempre que possível o contato com o bebê” (BRASIL, 2011, p. 21).

O contato mãe-bebê precoce, ainda é recomendado pelo passo 4 da IHAC, que após reformulação adotou nova redação “ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o nascimento, durante pelo menos uma hora”, sendo ainda complementado com a necessidade de incentivar e ajudar as mães a reconhecerem o momento em que o filho está apto a mamar.

Dessa forma, os discursos dos profissionais ao revelarem o incentivo ao contato pele a pele, sempre que possível, contemplam uma das ações recomendadas no quarto passo da IHAC.

A mãe ainda está com medo, ela não quer colocar a mão naquela criança, mas você (Profissional da equipe de enfermagem) tem que sempre conversar com ela pra (explicar) qual é a importância do vínculo dela com o bebê [...] não só pelo cuidado, pra mãe aprender a manipular a criança, mas principalmente por conta do vínculo dela (mãe) com a criança. (E.2)

A gente sempre tenta aproximar a mãe do bebê mesmo para promover esse vínculo que é super importante. [...] Bem, desde, né? o comecinho, quando o RN chega aqui para gente, a gente sempre tenta uma aproximação com a família, com a mãe, principalmente nos cuidados. Super importante a equipe de enfermagem está aproximando mesmo a mãe do seu bebê, como a gente tem aqui na UTI, a mãe fica com medo de chegar [...] Sim, sim. (E.7)

(Eu acho importante promover esse cuidado) para fortalecer esse vínculo, (...) mas em relação à saúde mesmo do bebê e o vínculo. (E.9)

Incentivar ela a participar desses cuidados efetivos do banho, da dieta, dos cuidados até mesmo na alta a gente orienta, como será e aí esse vínculo mesmo que se cria. [...] hoje eu fui fazer o banho daquela criança que tinha aspiração de mecônio e ela (mãe, fala): - “Ah, eu vou sair, eu não quero ver muito”, eu falo: -“Não, tenta participar” (fala da profissional para a mãe)... a gente vai aos pouquinhos incentivando pra que ela não fuja mesmo e não deixe de criar esse vínculo. (E. 10)

Olha, a gente tem por hábito na unidade aproveitar qualquer momento que a mãe esteja presente para promover essa interação do binômio. (E. 14)

Ao promoverem a aproximação e vinculação mãe-bebê, os profissionais de enfermagem se utilizam da ferramenta de comunicação conversa, explicação, orientação e incentivo buscando contemplar o que preconiza o Programa de Atenção Humanizada ao RN de baixo- peso – método Canguru, quando recomenda que a equipe responsável

pela assistência ao neonato esteja habilitada a promover “a aproximação, o mais precocemente possível, entre a mãe e o bebê, para fortalecer o vínculo afetivo”.

... Então... desde esse primeiro momento que for, se eu tiver atenta, eu vou em busca do fortalecimento desse vínculo. Aí vai também de acordo com a pessoa, às vezes é só um olhar que você facilita a pessoa olhar a incubadora, tirar um pouco assim toda a aparelhagem, o pano que estiver cobrindo, o que tiver e empecilho que impeça da mãe de ver. Tem gente que vai no toque, então eu favoreço esse toque...tem gente que às vezes só quer informação mais abrangente sobre o estado do bebê, então é um momento também que a gente pode ter esse cuidado, não necessariamente diretamente com a criança, mas o fortalecimento com a equipe também conta nessas horas. [...] Mas você tem que da conta do que está acontecendo naquele período, mas quando você tem essa oportunidade de fortalecer esse vínculo entre a mãe e o bebê. (E. 13)

O discurso dos profissionais, entretanto, apontou que, para realizar esse contato e vinculação mãe-bebê, os profissionais valorizam o momento daquela mulher e daquela criança. E assim, ao promover o cuidado materno o profissional leva em consideração a retirada de todos os empecilhos que poderiam dificultar essa relação, tais como aparelhagens, panos para quebra-luz e a própria falta de informação da mãe sobre a real situação de saúde do filho. O discurso revela ainda que o profissional realiza ações de promoção do cuidado materno com medidas para além das Políticas Públicas vigentes no cenário, uma vez que leva em consideração o contexto da criança e da mãe, adequando as ações de promoção aos momentos mais favoráveis.

É muito importante essa aproximação [...] mas ajudar aquela mãe a ver aquela criança como um filho mesmo, como uma pessoa que ela precisa estabelecer algum vínculo. (E. 7)

[...] pra que ela possa se sentir melhor, que não se sinta excluída do seu bebê, que sinta, que tenha assim um certo sentimento de posse em relação a ele. (E.15)

O discurso ainda revela que a aproximação pode possibilitar o profissional de enfermagem a ajudar a mãe reconhecer o bebê prematuro como seu filho e desenvolver um sentimento de posse.

Nesse momento, a importância de se estabelecer ou fortalecer o vínculo mãe-bebê se mostra essencial ao cuidado, tendo em vista que a presença da mãe promove equilíbrio emocional, segurança e recuperação do prematuro, durante toda hospitalização. Ainda pode favorecer benefícios nas condutas comportamentais e cognitivas do prematuro, redução de reinternações hospitalares, o tempo de internação e os custos do cuidado (OLIVEIRA et al., 2009).

Esta vinculação mãe-bebê ainda desenvolve efeitos positivos no crescimento e desenvolvimento do prematuro, podendo influenciar no comportamento materno de proporcionar ao filho apoio psicológico e proteção (SÁ et al., 2010).

Nesse sentido, o Programa de Assistência humanizada ao Rn de baixo-peso-Método Canguru preconiza que para a formação ou fortalecimento do vínculo afetivo ente mãe e filho, faz-se necessário que a equipe de saúde apoie as mães no sentido de possibilitá-los a verem, tocarem e cuidarem do filho o mais precocemente possível. Essa participação materna de forma gradual e a possibilidade de acolher o filho de forma mais íntima, na posição Canguru, estimula o desenvolvimento materno do sentimento de posse pelo filho prematuro (BRASIL, 2011).

O ato de cuidar antecipadamente possibilita as mães a reconhecer o bebê como seus filhos, e os bebês a reconhecê-las como mães capazes de lidar com este ser tão pequenino (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; MELO; SOUZA; PAULA, 2013).

Tem a mãe do M., veio aqui uma vez só e aí ela tentou uma aproximação, mas não consegui e aí nunca mais veio, claro que deve ter outras coisas por trás, mas não apareceu mais. Eu acho que a falta da abordagem dos profissionais de tentar fazer uma aproximação, acho que contribuiu também para que ela se afastasse, um pouco, acho que sim. (E.7)

O fragmento discursivo acima aponta que o fato da mãe ter ido ver o filho na UN apenas uma vez, mas não ter conseguido se aproximar do mesmo associado à falta de abordagem profissional pode ter contribuído para o afastamento materno.

O discurso acima nos remete ao que é preconizado pelo Programa de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso (BRASIL, 2011), que afirma ser importante que as mães tenham acompanhamento de um profissional da equipe de saúde, que assiste a esse bebê, no primeiro encontro com o filho a fim de receberem informações sobre o estado de saúde da criança, sobre os equipamentos, sobre a possibilidade de tocá-lo e esclarecer as dúvidas em relação ao filho. Ainda, segundo o programa, essas ações contribuem para que a mãe toque, cuide e fortaleça os laços afetivos, tendo em vista que elas estão passando pelo “momento de transição”⁷. Nesse sentido, o profissional precisa estar atento ao contexto de vida materno e as questões emocionais que podem comprometer a vinculação mãe-bebê, e evite empregar

⁷ É a transição que ocorre após o nascimento marcado pelo luto do bebê imaginário e adaptação ao bebê real. As mães, aos poucos superam, o medo de ferir ou machucar o bebê. Eles vão também buscar adaptar-se às exigências normais causadas pela dependência de seu bebê.

julgamentos que possam influenciar negativamente na assistência ao binômio mãe-bebê nesse momento de fragilidade materna.

Então são várias situações que a gente (profissional) tem que tranquilizar essa mãe e tentar trazer essa mãe pra a realidade daquela criança e promover essa relação, eu acho que isso é fundamental para o bebê e para a mãe. [...] Então, é importante que você (profissional) promova, assim essa relação para, que eu acho assim, que tem muitos trabalhos que provam que a mãe é fundamental na UTI para o sucesso do bebê. (E.1)

que quanto mais rápido ela criar o vínculo com o bebê, o bebê vai conseguir se desenvolver melhor [...] a questão do desenvolvimento neurológico da criança.[...] Com certeza, quanto mais rápido você (profissional) tentar criar esse vínculo (do bebê com a mãe), é melhor pra ela (mãe) e é melhor pro bebê, é importante também pra gente porque o vínculo, ele também vai fazer com que essa criança saia mais rápido da unidade. A interação da mãe com a criança vai fazer com que a criança saia mais rápido, isso ajuda muito. (E. 2)

É importante (promover o cuidado materno) sim, porque a criança sente desde pequenininha, na hora da concepção ele já sente e aí ao escutar a voz da mãe ele sente familiaridade né, sente mais calmo (...) porque assim a criança se sente amada, se sente protegida, né? E estimula ela a ficar mais tranquila, mais calma. Eu já vi muita criança chorar e quando escuta a voz da mãe já fica mais calma ou então quando escuta a voz da mãe e sabe que vai no colo, aí chora mas né. (E. 6)

[...] é a nossa meta, porque a nossa meta é igual a nossa, é levar a criança pra casa... (E.14)

Os discursos dos profissionais revelam que a promoção do vínculo mãe-bebê está associada ao atendimento de outros objetivos como o sucesso do tratamento do neonato prematuro, a diminuição do tempo de internação, por despertar no neonato a familiaridade com a voz materna, a sensação de afetividade e proteção e finalmente a alta hospitalar da criança.

Esses objetivos descritos apresentam caráter funcionalista e estão vinculados às vantagens oferecidas pelo Programa de Assistência Humanizada ao RN de baixo peso – método Mãe-Canguru.

Entretanto, apesar de ser relevante a importância da preocupação do profissional com a alta hospitalar, faz-se necessário que enfermeiros e técnicos de enfermagem promovam a participação materna nos cuidados ao filho de forma precoce e completa. Assim, devem valorizar a mãe como participante da rotina de cuidados e almejar a emancipação e autonomia maternas no cuidado a seu filho, independente da possibilidade ou não de alta hospitalar.

Sendo assim, a promoção do cuidado materno deveria estar presente na rotina da UN e não apenas como uma possibilidade futura ou mesmo como pré-requisito para a alta hospitalar.

[...] que elas (mães) querem fazer tudo, elas (mães) só não podem fazer, tecnicamente elas (mães) não sabem fazer. (Et.1)

Você incentivar que ela pode abrir a portinhola da incubadora, pode fazer carinho no bebê, às vezes ele mesmo estando em ventilação mecânica, no CPAP e tudo ela pode pegar no colo, a gente consegue fazer isso hoje.[...] e (na UTI). (E.4)

A gente deixa a mãe acompanhar a gavagem. (E.8)

Eu acho que a minha principal atitude é quando o pai chega e a mãe chega e que tipo eles chegam assim e ficam olhando, sabe... aí a gente chega, conversa: - Pode passar um alcoolzinho na mão, pode pegar no neném, pode encostar. (E. 10)

Você permitir que pelo menos a mãe fique perto, que ela saiba o que você está fazendo com a criança. (E.13)

Então a gente prestar esse cuidado e conjuntamente com a mãe, a mãe pode oferecer o seu colo enquanto você presta um cuidado para uma criança, a gente também faz canguru aqui. (E.14)

Os discursos dos profissionais de enfermagem no que se refere à promoção do cuidado materno revelam nitidamente uma relação de poder que se estabelece entre equipe de enfermagem e mães na UN, na qual o profissional restringe as ações da mãe com relação a determinados cuidados técnicos, e ainda limita a mesma na realização do cuidado materno através da utilização de verbos como poder, deixar e permitir associados a realização desse cuidado.

A restrição quanto à realização de cuidados técnicos é pertinente, pois a mãe não possui preparo técnico-científico para este fim, sendo de responsabilidade da equipe de enfermagem tal feito. No entanto, existem situações de menor complexidade e que são importantes na relação mãe-filho como fazer um contato, o carinho, até mesmo a mãe segurar uma seringa para realizar a gavagem, que são ações que não necessariamente precisam ser permitidas pelo profissional.

Essa relação de poder também se faz presente nas Políticas Públicas e Programas vigentes no cenário de estudo, denotando que o contexto da UN, repleto de restrições a participação materna durante muitos anos, influencia fortemente nas ações e estratégias de cuidado nessa unidade. Assim, nessa unidade, onde se presencia o cuidado técnico a

todo instante, o profissional age como se todos os cuidados precisassem de sua autorização para serem realizados.

Os discursos ainda revelaram que a prática social da equipe de enfermagem se alicerçava na concepção bancária de educação, e através de uma relação verticalizada, prescritiva, punitiva estabelecia-se uma hierarquia, onde existia um lugar para o profissional educador, que prescrevia, permitia, deixava e fazia a promoção do cuidado materno; e um lugar para a mãe educanda, que acatava ou não essa imposição. Desse modo, o diálogo não era possível nesse espaço, pois a ideologia dominante não permitia o entendimento de que as mães poderiam ser sujeitos ativos do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção do cuidado materno pela equipe de enfermagem foi desvelada na prática discursiva como uma faceta da prática social alicerçada nas Políticas Públicas de Saúde.

Os profissionais de enfermagem fundaram esses enunciados em dois cenários hospitalares, trazendo diferentes vozes e uma única ordem de discurso; logo, modeladas por uma única ideologia. Desse modo, apontaram nas práticas discursiva e social os elementos demarcadores das práticas ideológicas dos profissionais na promoção do cuidado materno na UN.

Nesse sentido, os elementos do discurso variaram em função dos cenários hospitalares (UI e UTI). Assim, a prática discursiva dos profissionais da equipe de enfermagem indicaram os modos de realizar a promoção do cuidado materno, os momentos para a realização e as justificativas de promoção do cuidado materno.

No que se refere aos modos, de promover o cuidado materno, os profissionais desenvolvem ações, em quatro dimensões que são: fazer falar, fazer entender, fazer fazer e fazer sentir.

Quanto aos momentos, os profissionais promovem o cuidado materno quando a mãe está presente na UN, a partir da estabilidade clínica do bebê prematuro e quando este se encontra estável na UI.

Os modos de promover o cuidado materno marcado pela interdiscursividade e intertextualidade, estão pautados pelas justificadas: dos benefícios para o bebê prematuro e para a mãe, da vinculação mãe-bebê-profissional, de impedimento de complicações e reinternações do bebê prematuro, da inclusão da mãe na equipe de cuidados, da valorização do que for melhor para a mãe, do estímulo à confiança materna e da continuidade dos cuidados no domicílio.

Assim, quanto aos momentos, à associação da promoção do cuidado materno a frequência da mãe no setor, desvela que o interesse pelo cuidado ao filho prematuro deve partir da própria mãe, em qualquer situação, estando o profissional responsável por promover as ações de promoção do cuidado materno conforme os critérios estipulados pela equipe de enfermagem.

Entretanto, apesar de estabelecerem a presença materna na UN como necessária a promoção do cuidado materno, os discursos dos profissionais não revelam esforços no

sentido de promover a aproximação da mãe, que se encontra internada em outro setor, do filho prematuro na UN.

Ao apontarem a estabilidade clínica, o peso e a idade gestacional do neonato prematuro como pré-condição a promoção do cuidado materno, buscam contemplar a diretriz do programa de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso- método canguru, quando aponta a estabilidade clínica, a nutrição enteral plena e o peso mínimo de 1.250g como critérios para o neonato prematuro ser cuidado de forma contínua pela mãe.

Diante da estabilidade da criança, a promoção do cuidado materno se dá em momentos específicos. Assim, os momentos de possibilidade e de impossibilidade de promoção do cuidado materno correspondem às situações vivenciadas no contexto da UN e que também vão ao encontro do que afirma o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso- Método Canguru, quando considera que o contexto da UN pode influenciar na promoção do cuidado materno, uma vez que é uma unidade que possui barulho intenso, luzes e superlotação constantes, associado ao trabalho excessivo e ao número acentuado de profissionais no setor.

Além disso, a promoção do cuidado materno se dá de forma diferenciada a partir dos cenários em que o recém-nascido prematuro encontra-se internado. Na UTI a promoção do cuidado se dá de forma limitada e superficial. Esta limitação no cuidado materno acaba gerando na mãe um comportamento de insegurança, dependência e medo, corroborando para a realização de um cuidado materno superficial e restrito, conforme permissão da equipe de enfermagem.

Em contrapartida, a promoção do cuidado materno na UI se mostra diferente, já que os enfermeiros e técnicos revelam serem favoráveis a introdução da mãe no cuidado materno ao filho prematuro. Sendo assim, promovem o cuidado materno incentivando a mãe a chegar mais cedo na UN, incentivando a participar dos cuidados ao filho, inserindo nos cuidados na hora do banho, incentivando na realização da dieta, inserindo nos cuidados de higiene, dando mais atenção e acolhimento a ela.

Portanto, a UI mostra-se como um ambiente propício ao desenvolvimento da promoção do cuidado materno, pois a mãe recebe incentivo, estímulo, orientação, atenção e acolhimento por parte da equipe de enfermagem.

Assim, a prática social se mostrou vinculada a ideologias institucionais articuladas com as Políticas Públicas vigentes no Brasil. Nesse sentido, os discursos refletem as estratégias de promoção que compõe a Política Nacional de Incentivo ao

Aleitamento Materno (PNIAM) na Atenção Hospitalar, tendo como apoio a IHAC e o Método Canguru, contando ainda com a Rede Brasileira de Banco de Leite Humano.

Apesar de o profissional realizar a promoção desse cuidado materno na perspectiva de dar conta dessas políticas, esses cuidados ainda são restritos e específicos, visto que a mãe é vista como a pessoa menos adequada, no momento em que o filho se encontra na UN.

Assim, as ações de promoção do cuidado materno são direcionadas ao cumprimento de objetivos funcionalistas vinculados a Programas específicos, que ao buscar atender passos, estratégias e rotinas não consideram as necessidades e demandas maternas.

Desse modo, é estabelecida uma relação de favor entre o profissional e a mãe, na qual o profissional se porta de maneira a permitir a participação da mãe em determinados cuidados ao filho e a mesma se sente agradecida pela oportunidade. Essa relação de favor retrata bem a relação de poder existente nesse cenário, demarcado pela autoridade dos profissionais de enfermagem através da supervisão das ações maternas, ficando ao lado e vigiando as mães na realização desse cuidado.

Assim, nessa unidade, onde se presencia o cuidado técnico a todo instante, o profissional age como se todos os cuidados precisassem de sua autorização para ser realizados.

Portanto, nessa relação de poder que se estabelece entre a equipe de enfermagem e mães na UN, os profissionais restringem as ações das mães com relação a determinados cuidados técnicos, e ainda limitam a realização do cuidado materno através do emprego de verbos como poder, deixar e permitir associados a realização desse cuidado

Além disso, os discursos da equipe de enfermagem revelaram que o incentivo a participação da mãe nos cuidados ao filho se dá de forma gradual e crescente com vistas a propiciar condições facilitadoras à formação do vínculo com o bebê e com a equipe de saúde. Desse modo, a mãe é ensinada e supervisionada a realizar os cuidados com o filho. E no momento em que a mesma adquire uma autonomia relativa sobre esse cuidado, esta supervisão passa a se dar de forma um pouco mais distanciada pelo profissional de enfermagem.

Vale ressaltar, que a promoção do vínculo mãe-bebê também está associada ao atendimento de outros objetivos funcionalistas como o sucesso do tratamento do neonato prematuro, a diminuição do tempo de internação, por despertar no neonato a

familiaridade com a voz materna, a sensação de afetividade e proteção e finalmente a alta hospitalar da criança.

Entretanto, apesar de ser relevante a importância da preocupação do profissional com a alta hospitalar, faz-se necessário que enfermeiros e técnicos de enfermagem promovam a participação materna nos cuidados ao filho de forma precoce e totalizadora. Sendo assim, o processo de cuidado materno deve estar presente na rotina da UN e não apenas como uma possibilidade futura ou mesmo como pré-requisito para a alta hospitalar.

Conclui-se que à medida que os profissionais de enfermagem se responsabilizam por múltiplas funções na assistência ao neonato prematuro e sua mãe, com vistas à promoção do cuidado materno acabam por adotar ações prescritivas visando o atendimento das demandas institucionais.

Assim, este estudo apontou alguns desafios para os profissionais de enfermagem frente à promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal, que tratamos sob a égide das implicações para a prática profissional.

Implicações para a prática profissional

No que compreende as ações de promoção do cuidado materno, o desafio imposto aos profissionais de enfermagem remete inicialmente transcender a vertente da educação verticalizada, impositiva, ou seja, do tipo bancária para a educação problematizadora.

Nessa perspectiva, o enfermeiro, em especial, configura-se como o profissional de enfermagem responsável por mediar e desenvolver práticas educacionais que possibilitem o reconhecimento da mãe como sujeito ativo dos cuidados de seu filho prematuro, seja na unidade de terapia intensiva ou na unidade intermediária, de modo que possa se apropriar do processo de cuidar de seu filho nesses diferentes cenários hospitalar.

Para que isso aconteça, a mãe deve participar de maneira efetiva e ativa do processo de cuidado dessa criança, numa relação dialógica, de reflexão-ação frente essa nova realidade de cuidar.

O enfermeiro, enquanto educador em saúde, precisa reconhecer as necessidades das mães frente ao cuidado com seus filhos na UN e favorecer suas potencialidades,

empoderando-as para que elas sejam capazes de tomar decisões e posições frente ao plano de cuidados de seus filhos. Portanto, há que se desenvolver uma sistematização da assistência de modo a contemplar a mãe como sujeito ativo no processo de cuidado ao filho prematuro na UN.

Assim, diante do exposto, pode-se inferir que este estudo contribui para a prática assistencial, à medida que permite a reflexão dos profissionais de enfermagem sobre a sua ação profissional, de modo que eles possam se perceber imersos em uma ideologia dominante nesse cenário de cuidado, possibilitando a revisão de suas ações no sentido de favorecer a mãe como um sujeito ativo no cuidar de seu filho.

Para o ensino, contribui à medida que, oferece subsídios aos discentes para se apropriarem de um novo olhar sobre a prática assistencial do enfermeiro na promoção do cuidado materno na UN.

Coopera na pesquisa, à medida que, preenche uma lacuna no conhecimento.

Esta pesquisa traz contribuições para o meio científico, especialmente para a linha de pesquisa “Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem/UERJ na qual está inserida, subsidiando novos estudos no que tange a promoção do cuidado materno ao prematuro na unidade neonatal.

Por fim, este estudo pode servir como fundamentos para a elaboração de políticas públicas que auxiliem a equipe de enfermagem a incluir a mãe como sujeito ativo no processo de promoção do cuidado com seu filho no cenário da Unidade Neonatal.

REFERÊNCIAS

ADREANI, G.; CUSTÓDIO, Z. A.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**, n. 24, p. 115-126, jul./dez. 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Banco de Leite Humano**: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Série Tecnologia em Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2008. 160 p.

ALMEIDA, J. A. G.; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 6, n. 3, p. 71-75, 1998.

AMARAL, M. C. S.; PONTES, A. G. V.; SILVA, J. V. O ensino de educação popular em saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 18, n. 2, p. 1547-1558, 2014.

ARAÚJO, B. B. M. **Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN**: (re)conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais. 2007. 74f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ARAÚJO, B. B. M. et al. Suporte nutricional enteral e parenteral. In: RIBEIRO, I. C.; PACHECO, S. T. A.; AGUIAR, B. G. C. **Enfermagem neonatal**: conceitos e práticas. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2014. p. 165-204.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **REEUSP**, v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. A. A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 128-131, jan./fev. 2015.

AVERY, G. B.; FLETCHER, M. A.; MACDOBALD, M. G. **Neonatologia**: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2009.

BENGOZI, T. M. et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 1, p. 155-160, jan./mar. 2010.

BOEHS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314, abr./jun. 2007.

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

_____. **Cuidados maternos e saúde mental**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo de Defesa de Saúde da Criança. Programa Nacional de Incentivo o Aleitamento Materno. **Portaria MS/GM nº 1016**, de 26 de agosto de 1993. Normas Básicas para Alojamento Conjunto. Iniciativa Hospital Amigo da Criança Passo 7, Brasília, DF, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8069, de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde Portaria nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015. Institui a Política nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 06 ago 2015. Seção 1, p. 37.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 28 maio 2014. Seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizadas ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília, DF, 2011. 204p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília, DF, 2001. Normas e Manuais Técnicos.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 30. **Tábuas abreviadas de mortalidade por sexo e idade**. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação 2010, Brasília, DF, 2013.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

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

BUARQUE, V. et al. The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers. **J. Pediatr.** (Rio J.), v. 82, n. 4, p. 295-301, July/Aug. 2006.

CARVALHO, R. M. A.; PATRÍCIO, Z. M. A importância do cuidado- presença ao recém-nascido de alto risco; contribuição da equipe de enfermagem e a família. **Texto Contexto enferm.**, v. 9, n. 2, pt.2, p. 577-589, maio/ago. 2000.

CHIODI, L. C. et al. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. 6, p. 969-974, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução 466/2012, de 12 de Dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M. O. H. Acolhimento na UTI neonatal: percepção da equipe de Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 20, n. 3, p. 357-358, jul./set. 2012.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. Cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 247-254, abr./jun. 2012.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 199-204, 2010.

DESLANDES, S. F.; LOURENÇO, M. A. Experiência do cuidado materno e a amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. **Rev. Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 615, 2008.

DITZ, E. S. **A mãe no cuidado do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2009.147 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

DITZ, E. S. et al. Cuidado materno ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: possibilidades e desafios. **Cienc. Enferm.**, v. 1, p. 45-55, 2011.

DUARTE, A. S. et al. Promoção da Saúde às genitoras de bebês prematuros: ação de enfermagem na alta hospitalar. **Rev. RENE**, v. 11, n. 3, p. 162-170, jul./set. 2010.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2001.

_____. **Discurso e mudança social**. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2008.

FAIRCLOUGH, N.; MELO, I. F. Análise crítica do discurso como método em pesquisa social científica, **Linha d'Água**, v. 25, n. 2, p. 307-329, 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de perinatologia**. São Paulo, 2013. 118 p.

FERRAZ, F. et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/ cuidar em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 5, p. 607-610, set./out. 2005. Disponível em: ><http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

FOCHEZATTO, A.; CONCEIÇÃO, G. H. A. Proposta da Educação problematizadora no pensamento de Paulo Freire. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 9., 2012. Caxias do Sul. **Anais...** Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 2012.

FREIRE, P. **1921 – 1997 Política e educação**: ensaios. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. Coleção Questões de Nossa Época, v. 23

_____. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2013a.

_____. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Educação e mudança**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013b.

_____. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011b.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 54. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013c.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

GAÍVA, M. A. M. et al. A alta em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. **REME – rev. min. enferm.**, v. 10, n. 4, p. 387-392, out./dez. 2006.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 4, p. 444-448, jul./ago. 2005

GORGULHO, F. R.; RODRIGUES, B. M.D. A relação entre enfermeiros, mães e recém-nascidos em unidades de tratamento intensivo neonatal. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 541-546, out./dez. 2010.

GREGÓRIO, V. R. P.; PADILHA, M. I. História do cuidado ao recém-nascido na Maternidade Carmela Dutra. **Esc. Anna Nery**, v. 16, v. 2, p. 354-362, abr./jun. 2012.

HONORATO, D. Z. S. et al. **O uso de tecnologias em saúde na consulta: uma análise reflexiva**. **Interd.**, v. 8, n. 1, p. 234-239, jan./ mar. 2015

KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. **Alto Risco em Neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 392p.

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. 121-182.

_____. **Maternal-infant bonding**. Saint Louis: C. V. Mosby, 1976.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KENNEL, J. H.; KLAUS, M. H. Bonding: recent observations that alter perinatal care. **Pediatr. Rev.**, v. 19, n. 1, p. 4-12, 1998.

LAMY, Z. C. **Estudo das Situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 1995. 200f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) - Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1995.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl., p. S192-S207, 2014.

LÉLIS, A. L. P.; MACHADO, M. F. A. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Educação em saúde e a prática de Enfermagem ao recém-nascido prematuro. **Rev. RENE**, v. 10, n. 4, p. 60-69, out./dez. 2009.

LOUREIRO, C. F. B. Complexidade e dialética: contribuições à práxis política e emancipatória em educação ambiental. **Educ. Soc.**, v. 27, n. 94, p. 131-152, jan./abr. 2006. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

LUSSKY, R. C. A century of neonatal medicine. **Minnesota Med. Assoc.**, p. 1-8, Dec. 1999. Disponível em: <<http://www.nmed.org/publications/MnMed>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

MACHADO, M. F. A. S. et al.. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. **Anais...** Bauru: USC, 2004.

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

MARTÍNEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade Neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 15, n.2, mar./abr. 2007.

MATEUS, E. F. Um esboço crítico sobre “parceria” na formação de professores: análise de discurso crítica. **Educ. Rev.**, v. 30, n. 3, p. 355-384, 2014.

MELO, I. F. Análise do discurso e análise crítica do discurso: desdobramentos e intersecções. **Rev. Eletr. Divulg. Cient. Língua Port. Ling. Literat.**, ano 05, n. 11, 2. sem. 2009.

MELO, M. C. J.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66,n.5, p. 656-662, set./out. 2013.

_____. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 219-226, abr./jun. 2012.

MINAYO, M. C. D. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. Coleção Temas Sociais.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Brasília, DF: Cortez Unesco, 2002.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>>. Acesso em: 12 set. 2013.

NATH-BRAGA, M. A. Algumas reflexões quanto ao conceito de discurso à luz da análise crítica do discurso. In: ENCONTRO DO CELSUL – CÍRCULO DE ESTUDOS LINGUÍSTICOS DO SUL UNIOESTE, 10., 2012. Cascavel. **Anais...** Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná Cascavel, 2012.|

OLIVEIRA, I. C. S.; RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 498-505,out./dez. 2005.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. Tecnologia, ambiente e interações na Promoção da Saúde ao Recém-Nascido e sua Família. **Rev. Rene**, v. 10, n. 3, p. 44-52, jul./set. 2009

PACHECO, S. T. A. **O saber local das famílias no manejo da alimentação do bebê de baixo peso**: implicações para a prática social da enfermagem. 2005. 193f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PINTO, J. P.; BARBOSA, V. L. Maternal-infant bonding and the mother's participation during venipuncture: a psychoanalytic perspective. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 150-155, 2007.

ROCHA, D. K. L.; FERREIRA, H. C. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enferm. Foco**, v. 4, n. 1, p. 24-28, 2013.

RODRIGUES, E. C. R. **Conhecer para cuidar**: o desafio dos pais do bebê-prematuro na educação dialógica intermediada pela enfermeira. 2000. 166f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 6, p. 286-291, 2004.

SÁ, F. E. et al. Relações interpessoais entre os profissionais e as mães de prematuros da unidade canguru. **RBPS**, v. 23, n. 2, p.144-149, abr./jun. 2010.

SILVA, N.; VIEIRA, M. R. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 3, p.110-116, jul./set. 2008.

SILVA, R. B. et al. O papel da equipe de enfermagem nas orientações à família sobre os cuidados o domicílio ao RN egresso de UTI neonatal: pesquisa bibliográfica. **OBJN**, v. 5, n.3, 2006.

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 1, p. 27-36, 2011.

SOUZA, C. B.; ESPIRITO SANTO, L. C.; GIUGLIANI, E. R. J. **Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno**: a experiência do Brasil. La Santé de l’homme do Instituto Nacional de Educação e Prevenção da Saúde da França, publicou na edição nº 408, 2010.

SOUZA, N. L. et al. Vivência materna com o filho prematuro: Refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. **REME – rev. min. enferm.**, v. 14, n. 2, p. 159-165, abr./jun. 2010.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2013.

UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (UNICEF). **Committing to child survival**: a promise renewed – progress reported, New York, 2012.

VAN DIJK, T. A. **Macrostructure**: an interdisciplinary study of global structures in discourse, interaction and cognition. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1980.

VENSON, C.; FUJINAGA, C. I.; CZLUNIAK, G. R. Estimulação da sucção não nutritiva na “mama vazia” em bebês prematuros: relato de caso. **Rev. Soc. Bras. Fonoaud.**, v. 15, n. 3, p. 452-457, 2010.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)Dados de Identificação da Pesquisa:

Título do projeto: O cuidado materno em neonatologia: o discurso da educação em saúde na perspectiva do profissional de enfermagem

Prezado(a) Sr. Enfermeiro(a)/Técnico(a) de Enfermagem

Gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa de caráter voluntário, cujos objetivos são: Descrever as práticas discursivas e social da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal. Analisar o discurso da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal. Discutir a promoção cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal pela equipe de enfermagem na perspectiva da educação problematizadora em saúde.

A pesquisa será conduzida pela técnica da entrevista semiestruturada, constituída de três perguntas, utilizando recursos de áudio e vídeo para gravação dos depoimentos.

As gravações visam reunir informações para a análise de dados, que serão de uso acadêmico, para fins desta pesquisa científica e seu conteúdo poderá ser publicado em congressos e revistas, sendo garantido o anonimato e o sigilo das informações.

A entrevista será realizada em um lugar onde você se sinta confortável e privado, sendo esta destruída após um período de cinco anos.

Sua participação é voluntária e não irá trazer desconforto ou riscos a sua saúde. Além disso, a qualquer momento você poderá se recusar ou interromper sua participação na pesquisa sem qualquer prejuízo a sua pessoa ou mesmo para a instituição.

Você terá acesso ao que foi gravado, podendo modificar ou excluir algo que tenha sido dito. Não haverá nenhum tipo de recompensa ou remuneração nesta pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta email, telefone, endereço institucional do pesquisador principal, podendo retirar dúvidas acerca da pesquisa.

Declaro que fui informado(a) e esclarecido(a) sobre o que consta acima e concordo(a) em participar, voluntariamente da pesquisa. Autorizo a gravação da entrevista e, posterior publicação dos resultados das análises em conjunto para fins científicos. Estou ciente de que posso, a qualquer momento, abandonar esta pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo para mim.

Pesquisadora Responsável: Bárbara Bertolossi Marta de Araújo

Orientadora: Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues.

Email: betabertolossi@gmail.com. Telefone para contato:(21)7865-8138.Av. Boulevard 28 de Setembro, 157, 7º andar – Vila Isabel- Rio de Janeiro. CEP: 20.551-637. Tel (21) 2868-8236.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP-UERJ) - End: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and. Sala 3018-Maracanã. Rio de Janeiro, RJ. Telefone: (21) 2334-2180. Email: etica@uerj.com.br

Data: ___/___/___.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B – Instrumento de Entrevista Semiestruturada

Dados de identificação:

Sexo:

Idade:

Cargo:

Tempo de atuação:

Formação:

Especialização:

Mestrado:

Doutorado:

Ano de Conclusão:

Ano de Conclusão:

Ano de Conclusão:

Ano de Conclusão:

Questões orientadoras:

- O que você considera cuidado materno?
- Em que momentos você promove o cuidado materno?
- Como você promove o cuidado materno na unidade neonatal?

APÊNDICE C – Categorização dos verbos e seus complementos conforme o sentido da ação pretendida

Quadro 4 - Categorização dos verbos e seus complementos conforme o sentido da ação pretendida (continua)

Sentidos Desvelados	Verbos praticados	Fragments Discursivos
Fazer falar	Perguntar/pedir	<p>perguntar (<i>a mãe</i>) você já pegou ele no colo? Você quer? (E.2)</p> <p>perguntar(o) o nome da criança.(E.2)</p> <p>perguntar se ela foi orientada.(E.2)</p> <p>perguntar: - Vc está precisando de alguma coisa?(E.9)</p>
Fazer entender	Explicar	<p>(explico) :- É assim, a respiraçãozinha. Olha mãe, se enquanto estiver respirando assim está normal, não, não se assusta se o monitor estiver alarmando, vamos dar uma olhada, olha bem pros lábios dele, vê se está cianótico. (E.11)</p> <p>Às vezes a criança regurgita, aí elas ficam assustadas, (explico): _ Não, é normal mãezinha, coloca ele em lateral, levanta a cabeceira, limpa a boquinha. Se ele fizer em casa você, vai ser o mesmo procedimento, (explica) tira o excesso de leite da boca dele para ele respirar melhor, fica calma com ele em pezinho, posiciona, aí elas ficam mais calmas. (Entrevistada 11)</p> <p>explico a importância (do método canguru)[...] Explico pra ela que a criança sabe que ela está ali. (E.2)</p> <p>explicar pra ela o que está acontecendo mais ou menos ali sobre aquela aparelhagem (E.4)</p> <p>explicar o que é aquela sondinha, [...] aqueles aparelhos. explicar direitinho: “_ o bebê (em decúbito ventral) não pode ficar assim em casa, porque em casa não tem monitor, não tem a nossa atenção direta.” (E.4)</p> <p>Eu explico: _Olha, é assim que ele tem que ficar pra pegar, pra amamentar, é essa posição mãezinha, então a gente sempre explicando esse cuidado que ela tem do banho, da amamentação, da troca de fraldas. (E.11)</p> <p>(Falo): “-Olha mãezinha, esse tubinho aqui é pra ele se alimentar porque não poder tomar, ir ao seio materno e a gente ficar explicando cada passo, de cada coisinha, de cada equipamento que está nele. (E.11)</p> <p>Na UTI a gente sempre tenta explicar de uma forma mais simples as condições do bebê, as condições clínicas. (E.7)</p> <p>tenta explicar tudo o que a gente faz. (E.7)</p> <p>explico que você (profissional) que está auxiliando ela pra cuidar do bebê dela, na verdade você (profissional) está ali só pra dar uma ajuda. (E.2)</p>
	Falar	<p>EU sempre costumo falar pra elas: -“<i>Você fique tranquila, você tem que estar bem, se você estiver muito ansiosa, muito nervosa com aleitamento materno você, além do leite secar, você não vai conseguir se concentrar no cuidado dele. O aleitamento materno é muito importante pra ele, mas o mais importante é você estar aqui.</i>” (Entrevistada 2)</p> <p>falo:- “Sempre que você quiser colocar a mão no seu bebê ou você quiser colocar seu bebê no colo é só você pedir que a gente coloca, sem problema nenhum.” (E.2)</p> <p>vc tem que que falar para ela (mãe) assim, que é assim mesmo, que aquele neném é pequenininho, vai melhorar, que ela tem que ter paciência, que é um trabalho longo. (E.5)</p>

Quadro 4 - Categorização dos verbos e seus complementos conforme o sentido da ação pretendida (continuação)

Sentidos Desvelados	Verbos praticados	Fragmentos Discursivos
Fazer falar	Perguntar/pedir	<p>perguntar (<i>a mãe</i>) você já pegou ele no colo? Você quer? (E.2)</p> <p>pergunto(ar) o nome da criança.(E.2)</p> <p>perguntar se ela foi orientada.(E.2)</p> <p>perguntar: - Vc está precisando de alguma coisa?(E.9)</p>
Fazer entender	<p>Desmistificar</p> <p>Esclarecer</p> <p>Mostrar</p> <p>Orientar</p> <p>Ensinar</p>	<p>Eu tento colocar (falar) [...]: – “Mãe é assim mesmo, todos (os prematuros) são assim, não é, não é diferente de nenhum, tudo acontece assim mesmo.”(E.5)</p> <p>a gente fala assim:_ mãe ele conhece sua voz, conversa com ele, fala, briga.(E.5)</p> <p>A gente brinca muito, fala assim: _Briga com ela, está fazendo besteira. (E.5)</p> <p>Desmistificar esses medos. (E.15)</p> <p>desmistificar um pouquinho isso tudo que ela tem em mente.(E.15)</p> <p>esclarecendo suas dúvidas e estar fortalecendo pra que ela possa chegar até ele, contato, perder um pouco esse medo [...] (E.15)</p> <p>Estar ali esclarecendo suas dúvidas e tentando apoiar o máximo possível. (E.15)</p> <p>de esclarecer, de poder estar junto com ela, entendeu? (Entrevistado 15)</p> <p>Eu tento mostrar pra ela (mãe) que aquilo é um mundo normal, todos os prematuros tem aquela aquela vidinha assim de cuidado, um dia melhora, um dia piora, vão pra frente, vão pra trás, que é assim mesmo. (E.4)</p> <p>mostrando o que está acontecendo, quais são os aparelhos dependendo se tiver na CTI, lá na UTI (E.9)</p> <p>mostrar que é um cuidado simples e que faz a diferença ela mantém um contato com o filho dela ali na UTI, ela passa a se sentir importante no cuidado. (E.12)</p> <p>já vai orientando também.(E.10)</p> <p>orienta como será e aí esse vínculo mesmo que se cria. (E.7)</p> <p>estão eu digo: - “Ele (prematuro) está atento...parece que não, mas ele (prematuro)está atento a você (mãe), porque ele (prematuro) sabe que você é a mãezinha dele.”(E.1)</p> <p>você (profissional) vai ensinar, se ela (mãe) aprender, bem. Se não você (profissional) vai dar o copinho sem intercorrências. (E.1)</p> <p>ensinando e acompanhando para que ela possa fazer sob supervisão, num primeiro momento uma supervisão mais atenciosa e depois mais um pouquinho distante pra que ela também possa tomar iniciativa, tenha um pouco de liberdade. (E.8)</p> <p>a gente ensina, ela tem que colocar no peito, então a gente vai está auxiliando ela, muita das vezes vai colocar sozinha, às vezes vai dieta ser por copo e a gente ensina como ela faz, daí ela também oferece a dietinha por copo. (E.12)</p> <p>Assim a gente ensina, mostra como seria. (E.12)</p>

Quadro 4 - Categorização dos verbos e seus complementos conforme o sentido da ação pretendida (continuação)

Sentidos Desvelados	Verbos praticados	Fragmentos Discursivos
Fazer fazer	<p>Perguntar</p> <p>Convidar</p> <p>Falar</p> <p>Incentivar</p>	<p>eu pergunto:- Você quer colocar a mãozinha nele? Segurar a mãozinha dele? Colocar a mãozinha no bumbum dele? (E.2)</p> <p>perguntar (<i>a mãe</i> Você quer? (<i>pegar o bebê no colo</i>) perguntar se ela tem vontade de <i>colocar</i> a mão na criança, se ela quer segurar a criança. (E.2)</p> <p>(perguntar) se ela (a mãe) quer trocar a fralda da criança, se ela tem vontade de fazer (o método Canguru), se ela já foi ao banco de leite, se ela tem vontade de amamentar. (E.2)</p> <p>perguntando:- Quer pegar (no colo)? (Entrevistada 9)</p> <p>pergunto se ela quer fazer o que eu (faço) a troca de fraldas, não medicação, mas uma troca de fralda, a dieta [...]se ela quer mobilizar o neném. (Entrevistada 10)</p> <p>Convidar:- “vamos dar o banhozinho nele? Vamos escolher a roupa? EU sempre (somente quando está na hora dos cuidados e a mãe está presente). (E.2)</p> <p>gosto de convidar a mãe pra participar e mostrar que ela na verdade está no domínio daquele cuidado e não você, (Entrevistada 2)</p> <p>Tento falar pra ela que é importante que ela participe, que ela ajude. (E.12)</p> <p>(Falar) que é bom que ela aprenda nesse momento que ela está aqui com a gente. [...] cuidar do coto umbilical, a troca de fralda (E.12)</p> <p>(explico) que o ideal é sempre ela conversar com o bebê, falar com o bebê. (Entrevistada 2)</p> <p>chamo ela: _ Vamos trocar fralda? Você troca e eu fico aqui te ajudando. (E.11)</p> <p>(Falo): -“Quer segurar, mãe? [...] - Mãe quer fazer um sacrifício, quer segurar ele um pouquinho no colo?” elas ficam todas contentes.(E.1)</p> <p>(falo): _Vamos dar banho mãe, pega assim, cuida, troca a fralda. (Entrevista 4)</p> <p>(Falo): “É pra segurar firme, conversar com ele, pra ele sentir bem acolhido, entendeu?” E aí, ela com isso ela vai e toca, ela fica mais tranquila, fica mais segura e eu observo que ela gosta desse momento, dessa participação. (E.11)</p> <p>eu tento incentivá-las bem na UTI (Entrevistada 5)</p> <p>a gente tenta incentivar no caso da UI, o banho, auxiliar nos cuidados, na própria dieta mesmo, nas dúvidas, promove uma interação. (E.7)</p> <p>(incentivar) que ela faça a dieta[...] e aí ela consegue ter essa interação com a equipe. (E.7)</p> <p>]colocar na posição Canguru, no colo da mãe.[E.7]</p> <p>incentiva ela participar desses cuidados efetivos [...] do banho, da dieta, dos cuidados. (e.7)</p> <p>a gente vai aos pouquinhos incentivando (a participar) pra que ela não fuja mesmo e não deixe de criar esse vínculo.(e.7)</p> <p>de incentivar o contato físico, da mãe fazendo carinho no bebê e depois a amamentação. (E.4)</p> <p>(EU promovo/incentivo a participação da mãe no cuidado a seu filho) <u>Todo momento possível</u>, do desde o (o incentivo da mãe a) trocar a fralda até (incentivar a mãe a) ajudar a gavar a dieta (...) fazer a sucção não nutritiva(...)(Entrevistada 2)</p>

Quadro 4 - Categorização dos verbos e seus complementos conforme o sentido da ação pretendida (continuação)

Sentidos Desvelados	Verbos praticados	Fragmentos Discursivos
Fazer fazer	Inserir	<p>vc incentivar que ela pode abrir a portinhola da incubadora, pode fazer carinho no bebê, às vezes ele mesmo estando em ventilação mecânica, no cpap e tudo ela pode pegar no colo, a gente consegue fazer isso hoje. [...] saber que pode abrir a incubadora, fazer carinho no bebê, esse contato mesmo pra fazer o vínculo. (Entrevistada 4)</p> <p>Então seria (promovo/incentivo) a participação da mãe no cuidado a seu filho prematuro na unidade neonatal) na hora da dieta, na hora das trocas de fralda, na hora da dieta. (Entrevistada 6)</p> <p>(Eu) incentivo a mãe sempre a conversar com a criança[...]<u>incentivo o aleitamento materno</u> também (E.2)</p> <p>(Incentivar)esses cuidados básicos mesmo de troca de fralda, de pegar no colo, de manter um contato, de fazer a dietinha quando é possível, uma nebulização...uma coisa assim que é só pra segurar...esses cuidados básicos mesmo. (Entrevistada 12)</p> <p>Incentivando a amamentação, o banho, os cuidados com o bebê. [...]Na UI a gente já começa a incentivar preparando pra quando ela já for para casa. Ela já vai lá, dá o banho no bebê[...]. (Entrevistada 4)</p> <p>eu tento incentivá-las bem na UTI.(Entrevistada 5)</p> <p>a gente tenta incentivar no caso da UI, o banho, auxiliar nos cuidados, na própria dieta mesmo, nas dúvidas, promove uma interação. (E.7)</p> <p>(incentivar) que ela faça a dieta, incentiva também o pai a trocar fralda [...] e aí ela consegue ter essa interação com a equipe. (E.7)</p> <p>incentiva ela participar desses cuidados efetivos [...] do banho, da dieta, dos cuidados. (e.7)</p> <p>a gente vai aos pouquinhos incentivando (a participar) pra que ela não fuja mesmo e não deixe de criar esse vínculo.(e.7)</p> <p>de incentivar o contato físico, da mãe fazendo carinho no bebê e depois a amamentação. (E.4)</p> <p>(EU promovo/incentivo a participação da mãe no cuidado a seu filho) <u>Todo momento possível</u>, do desde o (o incentivo da mãe a) trocar a fralda até (incentivar a mãe a) ajudar a gavar a dieta (...) fazer a sucção não nutritiva(...)(Entrevistada 2)</p> <p>(Eu promovo/incentivo a participação da mãe nos cuidados ao filho) No momento de higiene né, no momento de ter o contato no colo também né, quando vai pro colo, acho que a promoção dos cuidados é isso né, são os cuidados de primeira necessidade da criança né, que é de higiene e quando vai no colo fazer...mamar né,é um cuidado também, não deixa de ser um cuidado, né diretamente pra criança. (Entrevistada 3)</p> <p>(Eu promovo/incentivo) a participação da mãe o cuidado a seu filho) como eu tinha te falado, especificamente nesses momentos, de alimentação e higiene de um modo geral, porque os demais... ficam mais restritos mesmo a um profissional especializado né?! A mãe não tem conhecimento suficiente para saber como que administra uma medicação, mesmo que seja via oral. (Entrevistada 8)</p> <p>inserir a mãe nesse cuidado, não só pelo cuidado, pra mãe aprender a manipular a criança, mas principalmente por conta do vínculo dela (mãe) com a criança.(E.2)</p> <p>inserindo mais (a mãe) mesmo no no cuidado. (Entrevistada 8)</p> <p>ir inserindo elas nos cuidados é importante sim.(Entrevistada 12)</p>

Quadro 4 - Categorização dos verbos e seus complementos conforme o sentido da ação pretendida (continuação)

Sentidos Desvelados	Verbos praticados	Fragmentos Discursivos
Fazer fazer	Colocar	<p>tenta colocar ela no que é mais prático, mais fácil pra ela. Normalmente na troca de fralda, auxiliar ela a gavar uma dieta ou se for na mamadeira, incentivar ela na mamadeira, mais os cuidados básicos assim. (Entrevistada 12)</p> <p>colocar no colo a gente põe, passar a mão, tem todo esse cuidado, colocar no colo a gente põe, passar a mão, tem todo esse cuidado. (E,.4)</p>
	Informando	<p>informando que ela pode tocar, que às vezes (a mãe) nem sabe se pode ou se não pode (tocar), oferecendo mesmo...-Quer tocar, quer pegar. Incentivando dessa forma, aos poucos, porque no início elas estão amedrontadas, não dá pra forçar. (Entrevistada 9)</p> <p>preparar a mãe:” - Olha, nos vamos fazer um dextrozinho, se você (mãe) ficar aqui, carinho nele, que ele vai sentir menos e tal”.(E.1)</p>
	Mostrar	<p>Mostro como deve ser o toque é/(...) Mostro como deve ser o toque. (Entrevistada 2)</p> <p>Tento mostrar pra ela que ela pode fazer e que é importante que ela faça. (E.12)</p> <p>a gente já começa a mostrar pra elas o cuidado direto com eles, o cuidado direto na UTI. (E.1)</p> <p>(Tem umas (mães) que tem medo de tocar no neném) você vai tentar, você não vai obrigar, mas você vai mostrar pra ela que aquilo é uma coisa muito simples, que é importante pra ela, esse toque é fundamental pra que a criança, a criança vai entender que aquela é a mãe dela, vai entender que aquela voz é da mãe dela. (E.1)</p>
	Estimular	<p>estimular a mãe a fazer o Canguru com o neném, de trocar uma fraldinha. [...]falo: - Mãe você quer fazer? [...]ajudo chamar pra gavar a dieta. (e.10)</p> <p>estimulo ela a tocar na criança, a ajudar nos cuidados. (E.11)</p> <p>a gente (fala): - Não, vc tem que tocar, vc tem, pode ajudar (...) vc tem que ajudar a gente. Olha o toque é muito importante pra ele, pro desenvolvimento, pra ele se sentir acolhido, pra ele sentir que tem alguém não estranho tocando nele e sim, a presença dos pais, do parente, da mãe, do paizinho.</p> <p>eu estimulo ela a dar o banho [...] na banheirinha. A gente estimula ela dar o primeiro banho, oriento, incentivo, supervisiono (E.11)</p> <p>Sempre estimulando ela a tocar na criança. (E.11)</p> <p>a gente tem que estimular essa mãe a ter esse contato com o rn (recém-nascido). (E.15)</p> <p>pode estar estimulando isso pra ela está fazendo tudo isso com a gente. Pra que ela possa se sentir mais familiarizada, pra crescer questões sentimentais e tudo. (E.15)</p> <p>estimular pelo menos um contato da mãe, do toque, o cuidado da mãe em si, (Entrevistado 15)</p>
	Pedir	<p>peço para a ela participar dos cuidados [...]peço para ela fazer e eu sempre estou supervisionando né. (E. 6)</p> <p>(fala do profissional para a mãe): _ Não vamos dar copinho sim, a gente coloca em pezinho, senta ele, é assim.(E.11)</p>

Quadro 4 - Categorização dos verbos e seus complementos conforme o sentido da ação pretendida (continuação)

Sentidos Desvelados	Verbos praticados	Fragmentos Discursivos
Fazer fazer	<p>Pedir</p> <p>Orientar</p> <p>Deixar</p> <p>Permitir</p> <p>Favorecer</p>	<p>peço para a ela participar dos cuidados [...]peço para ela fazer e eu sempre estou supervisionando né. (E. 6) (fala do profissional para a mãe): _ Não vamos dar copinho sim, a gente coloca em pezinho, senta ele, é assim.(E.11)</p> <p>(Orientar) que ela não pode ficar alisando que eles tem um reflexo que eles ficam irritados. (E.11) eu oriento para ela tomar cuidado com os circuitos, com o acesso venoso [...]Se ela puder trocar fralda, ela troca, se ela puder gavar a dieta, segurar a seringa aí o máximo que ela puder participar na higiene. (E.6)</p> <p>a gente deixa a mãe acompanhar a gavagem [...]e a gente está ali olhando [...]só pra ela ter o gostinho de estar alimentando o bebê, porque isso tudo é importante.(E.8)</p> <p>permitir que pelo menos a mãe fique perto, que ela saiba o que você está fazendo com a criança, converse com a criança, cante pra criança, [...] reze...tem muitas aqui que fazem isso (Entrevistada 13)</p> <p>você facilita a pessoa olhar a incubadora, tirar um pouco toda a aparelhagem, o pano que estiver cobrindo, o que tiver e empecilho que impeça da mãe de ver.(e.13) eu favoreço esse toque.(e.13)</p>

Quadro 4 - Categorização dos verbos e seus complementos conforme o sentido da ação pretendida (conclusão)

Sentidos Desvelados	Verbos praticados	Fragmentos Discursivos
Fazer sentir	<p>Aproximar</p> <p>Ajudar</p> <p>Tranquilizar</p> <p>Respeitar</p> <p>Orientar</p>	<p>promover esse vínculo. (Entrevistada 7)</p> <p>aproveitar qualquer momento que a mãe esteja presente para promover essa interação do binômio, [...] (E.14)</p> <p>a gente faz o canguru, a gente faz translactação, então todos esses momentos a gente utiliza para promover essa interação(E.14)</p> <p>a gente trazendo ela pra junto do seu bebê. (E.15)</p> <p>trabalhar a união entre mãe e o bebê. (Entrevistado 15)</p> <p>a gente coloca ele (prematuro) no colo (da mãe) pra ter um contato ou na hora da troca de fralda, na hora de acalantar se ele estiver chorando, na hora de fazer um dietinha, nesses momentos... (Entrevistada 12)</p> <p>mas ajudar aquela mãe a ver aquela criança como um filho mesmo, como uma pessoa que ela precisa estabelecer algum vínculo. (E. 7)</p> <p>tranquilizar essa mãe.(E.1)</p> <p>tem que tranquilizar essa mãe e tentar trazer essa mãe pra a realidade daquela criança e promover essa relação,(E.1)</p> <p>respeitar o espaço dela. (E.2)</p> <p>you respecting the space of her, because the bond will be created with time. (E.2)</p> <p>respecto o espaço delas (E.2)</p> <p>que respectar o tempo da pessoa, mas também você não pode perder essas oportunidades de captar quando talvez seja a hora de começar esse vínculo com o bebê. (E.13)</p> <p>Todo um procedimento na orientação, na supervisão, a gente está sempre ali do lado dela, então isso é muito importante pra elas. Eu acredito que seja, elas saem daqui muito agradecidas. (E.11)</p> <p>eu oriento a mãezinha quando ela chega no setor, levo ela até a criança, falo um pouco sobre a criança como é que ela está, se ela perguntar alguma dúvida, esclareço qualquer dúvida que ela tenha em relação aos cuidados do filho (E. 11)</p> <p>a gente sempre dá orientação, sempre a gente trabalha sempre orientando. (Entrevistada 11)</p> <p>orientar..até que ela (mães) fique muito segura e fique com o bebê dela, com mais...mais à vontade. (E.1)</p> <p>pode ensinar a mãe a dar o copinho para ela (mãe) ficar segura. (E.1)</p>

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O cuidado materno em neonatologia: o discurso da educação em saúde na perspectiva do profissional de enfermagem

Pesquisador: BÁRBARA BERTOLOSSI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30311114.6.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 636.462

Data da Relatoria: 30/04/2014

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como objeto "A expressividade da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro durante o processo de hospitalização". Questões norteadoras: 1-Qual é a expressividade de cuidado materno que a equipe de enfermagem possui na Unidade Neonatal? 2-Em que momentos a equipe de enfermagem promove o cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal 3-De que forma a equipe de enfermagem promove o cuidado materno ao filho prematuro durante a internação na Unidade Neonatal? Os objetivos são: Identificar em que momentos a equipe de enfermagem propicia a promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal; Descrever a expressividade da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro durante a internação na Unidade Neonatal; e, Analisar a promoção do cuidado materno junto ao filho prematuro realizado pela equipe de enfermagem na perspectiva da educação problematizadora em saúde. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, qualitativo. O campo será uma maternidade de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. Os participantes da pesquisa serão os profissionais da equipe de enfermagem que atuam na assistência ao bebê prematuro e sua família na UTIN e Unidade Intermediária (UI) consultados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética da Sub-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UERJ após

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 636.462

aprovação do Comitê de Ética do Núcleo Perinatal respeitando a Resolução 466/12. Será utilizado um formulário semi-estruturado. A coleta de dados terá início após parecer favorável para o desenvolvimento da pesquisa. será utilizada a Análise de Discurso (AD).

Objetivo da Pesquisa:

Identificar em que momentos a equipe de enfermagem propicia a promoção do cuidado materno ao filho prematuro na Unidade Neonatal.

Descrever a expressividade da equipe de enfermagem na promoção do cuidado materno ao filho prematuro durante a internação na Unidade Neonatal.

Analisar a promoção do cuidado materno junto ao filho prematuro realizado pela equipe de enfermagem na perspectiva da educação problematizadora em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta Riscos nem Benefícios diretos aos participantes do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto de Pesquisa está bem estruturado. No entanto, deve substituir os dados relativos ao telefone e endereço institucional do Pesquisador Principal, pelo telefone e e-mail pessoal do mesmo. Adequar no Cronograma da FR a informação quanto ao período de Coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados. Recomenda-se substituir os dados relativos ao telefone e endereço institucional do Pesquisador Principal, pelo telefone e e-mail pessoal e adequar no Cronograma, anexado à FR, a informação quanto ao período de Coleta de dados.

Recomendações:

Substituir os dados relativos ao telefone e endereço institucional do Pesquisador Principal, pelo telefone e e-mail pessoal; e, adequar no Cronograma, anexado à FR, a informação quanto ao período de Coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 636.462

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para maio de 2015. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

RIO DE JANEIRO, 06 de Maio de 2014

Assinador por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br