

Kátia Lopes Inácio

PAIS NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL:
PERCEPÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM.

*Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para
obtenção do título de Mestre.*

Orientadora: Prof. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Co-orientadora: Prof. Dra. Dora Lúcia L. de Oliveira

Porto Alegre, 2002.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha (orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Prof. Dra. Dora Lúcia Leindes Corrêa de Oliveira (co-orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Prof. Dra. Jussara Gue Martini (membro)
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Prof. Dra. Nair Regina Ritter Ribeiro (membro)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Prof. Dra. Eva Neri Rubin Pedro (membro)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Porto Alegre, dezembro 2002.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, principal responsável pelo êxito desta caminhada, pelos conhecimentos partilhados, pela paciência, carinho, atenção e, especialmente, pela oportunidade singular de convívio e pela cumplicidade e confiança demonstradas a cada encontro.

À Prof^a. Dra. Dora Lúcia de Oliveira, co-orientadora deste estudo, pelo estímulo inicial e pela disponibilidade demonstrada.

Às auxiliares de enfermagem, heroínas e sujeitos deste estudo, por confirmar e reforçar minha crença de que o trabalho em equipe é possível, e essencial, na busca pelo cuidado genuíno e humanizado aos recém-nascidos e seus pais.

À colega Márcia Damiana Isoton, pela colaboração indispensável na realização deste estudo.

À Prof^a. Maria Luíza Ludwig, pelo estímulo desde o processo de seleção e, principalmente, por ter propiciado meu contato com a orientadora deste estudo.

Às professoras da Escola de Enfermagem da UFRGS: Cláudia Armellini, Anne Marie Weisseheimer, Annelise Gonçalves, Virgínia Moretto, Lílian do Espírito Santo e Denise Tolfo da Silveira, pelos exemplos e apoio constantes.

À acadêmica Cecília Drebes Pedron pela colaboração em momentos “críticos”.

À Prof^a. Marta Júlia Lopes, pela compreensão em momentos decisivos.

Às colegas e, mais do que isso, amigas, Heloísa Bello e Regina Weisseheimer pela “presença” percebida mesmo nos momentos de distância.

Aos colegas da turma de 2000 do curso de mestrado, pelo convívio intenso e fraterno e pelos momentos de alegria e “desespero” compartilhados.

À Prof^a. Lísia M^a Fenstenseifer pelo exemplo e estímulo no início de minha caminhada em busca da formação científica e acadêmica.

À Sra. Marlene, presença simpática na portaria da Escola de Enfermagem, pela disponibilidade e atenção.

À Enf^a. e amiga Sônia Viana, pelo incentivo, compreensão e por muito mais.

À Sirlei Cruz e Júlia Comasseto, companheiras de “batalhas” em território inóspito, por me fazer acreditar que “sempre é possível” e que “vale a pena” lutar por nossos objetivos.

Às colegas e amigas Cristiane Barros e Teresinha Perin, pelo incentivo e pela honra de acompanhá-las em seus projetos.

À amiga Carmen Malmann, pela amizade incondicional e pela “energia” transmitida a cada abraço.

À amiga Simone Baggio, pelos momentos emocionantes que vivemos, e ainda viveremos, juntas.

Por fim, um agradecimento muito especial àquelas pessoas vitais para o sucesso de qualquer obra:

aos meus pais, por serem como são, por estarem a meu lado e compartilhar intensamente cada momento de minha vida,

ao Paulo, meu amigo, namorado, noivo e futuro marido, pelo incentivo a cada novo objetivo e pela valorização de cada conquista.

E o fim de nossa viagem será chegar ao ponto de onde partimos e conhecê-lo , então, pela primeira vez.

T. S. Eliot

RESUMO

Diante do interesse pelo cuidado intensivo neonatal e como integrante da equipe de enfermagem de uma instituição pertencente ao Sistema Único de Saúde, foi idealizada e realizada esta pesquisa. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo exploratório desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa que teve como objetivo conhecer a percepção do auxiliar de enfermagem a respeito da presença dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Participaram do estudo sete auxiliares de enfermagem pertencentes à referida Unidade. Para coleta de informações foi utilizada a técnica de Grupo Focal desenvolvida no decorrer de seis encontros coletivos. As idéias emergidas foram submetidas à análise de conteúdo segundo Minayo (1993, 1997) e agrupadas constituindo três grandes temas: as atitudes dos profissionais, a presença dos pais no intensivismo neonatal e a condição do auxiliar de enfermagem no contexto. Os achados mostraram que os sujeitos da pesquisa reconhecem, na instituição em que trabalham, os aspectos que a caracterizam como hospital público, sendo capazes de estabelecer relações entre este ambiente e seu cotidiano de trabalho, na sua relação como os pais dos bebês e na permanência destes junto aos filhos.

Palavras-chave: Cuidado intensivo neonatal, auxiliar de enfermagem, pais, percepção.

ABSTRACT

This research has been idealized and made due to interest for the intensive neonatal care, as a nurse of the staff of an institution from SUS (Sistema Único de Saúde). It is an exploratory descriptive study, developed from a qualitative approach and was aimed at knowing what perception the nurse's aides had about the presence of parents at the Neonatal Intensive Care Unit. Seven nurse's aides from the unit mentioned before took part in the study. In order to collect information, the technique used was "Focal Group", which was developed during six collective meetings. The ideas arisen from them were submitted to a content analysis according to Minayo (1993, 1997) and put together into three themes: the professionals' attitudes, the presence of parents in the neonatal Intensive Care Unit and the condition of the nurse's aide in the context. The results have shown that the subjects of the research recognize - in the Institution where they work - the aspects that characterize it as a public hospital and they are able to set up relations of this environment with their daily routine, with their relationship with the parents as well as with their influence on the parents' staying together with their children.

Key-words: intensive neonatal care, nurse's aids, parents, perception.

RESUMEN

Frente al interés por el cuidado intensivo neonatal y como integrante del equipo de enfermería de una institución que pertenece al Sistema Unico de Salud, fué idealizada y realizada esta pesquisa. Se trata de un estudio descriptivo, de tipo exploratorio, desarrollado a partir de un enfoque cualitativo que tiene como objetivo conocer la percepción de auxiliares de enfermería a respecto de la presencia de los padres en la unidad de terapia intensiva neonatal. Participaron del estudio siete auxiliares de enfermería pertenecientes la dicha unidad. Para la colecta de informaciones fué utilizada la técnica del Grupo Focal, desarrollada en el transcurso de seis reuniones colectivas. Las ideas surgidas fueron sometidas a análisis de contenido según Minayo (1993, 1997) y agrupadas constituyendo tres grandes temas: la actitud de los profesionales, la presencia de los padres en el intensivismo neonatal y la condición del auxiliar de enfermería en tal contexto. Los resultados demostraron que los sujetos de la pesquisa reconocen en la institución en que trabajan, los aspectos que la caracteriza como hospital público, siendo capaces de establecer relaciones entre este ambiente y su cotidiano de trabajo, en su relación con los padres de los bebés y en la permanencia junto a sus hijos.

Palabras-clave: cuidado intensivo neonatal, auxiliar de enfermería, padres, percepción.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 <i>O cotidiano de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.</i>	11
1.2 <i>Um pouco de história sobre a presença dos pais em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal</i>	15
1.3 <i>Aproximando pais e bebês: algumas propostas de humanização em neonatologia</i>	21
1.4 <i>Os pais e os auxiliares de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: teorizando sobre esta relação</i>	28
1.5 <i>Motivações para o estudo: situando-me como integrante do contexto</i>	34
2 METODOLOGIA	38
2.1 <i>Caracterizando o estudo</i>	38
2.2 <i>O local do estudo</i>	39
2.3A <i>coleta de informações</i>	43
2.4 <i>Os sujeitos do estudo</i>	46
2.5. <i>Aspectos éticos do estudo</i>	48
2.6. <i>A análise das informações</i>	49
3 PERCEBENDO-SE E PERCEBENDO OS PAIS NO INTENSIVISMO NEONATAL	52
3.1 <i>As atitudes dos profissionais em hospital público e privado</i>	52
3.1.1 <i>A diferenciação do cuidado em hospital público e privado</i>	54

3.1.2 A situação dos pais em um hospital "Amigo da Criança" _____	63
3.2 A presença dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal _____	73
3.2.1 As contradições em relação à presença das mães no ambiente de cuidado neonatal _____	74
3.2.2 A percepção da figura paterna no ambiente de cuidado neonatal _____	92
3.3 Da possessividade à impotência: a condição do auxiliar de enfermagem no ambiente de cuidado neonatal _____	97
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	113
REFERÊNCIAS _____	118
ANEXO _____	122
APÊNDICE _____	124

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Cotidiano de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

O “bip-bip” constante dos monitores, o corre-corre das equipes, o entra e sai de familiares, a chegada repentina de um bebê, a saída festiva de outro, a presença de uma mãe amamentando e de outra que chora a piora clínica de seu filho, são cenas que fazem parte do dia-a-dia de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Nela, profissionais treinados e capacitados buscam atender aos recém-nascidos usufruindo uma gama de equipamentos sofisticados. Assim, encontram-se aliados recursos humanos e materiais em um ambiente altamente tecnológico e especializado.

Para Nascimento e Martins (2000), as Unidades de Tratamento Intensivo, em geral, possuem características e objetivos próprios, sendo destacados o convívio diário com situações de risco, a ênfase no conhecimento técnico-científico e no aparato tecnológico, a presença constante da morte iminente, a ansiedade de pacientes, familiares e profissionais, a rigidez das rotinas e a presteza e rapidez nos atendimentos atentando, essencialmente, para as necessidades biológicas do ser humano.

Entre os objetivos específicos de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal está a manutenção da vida de bebês prematuros¹, com baixo peso ao nascer ou qualquer problema que inviabilize sua sobrevivência fora deste espaço. O aperfeiçoamento de técnicas e tratamentos, bem como o desenvolvimento de aparelhos cada vez mais aprimorados, contribuem para a eficiência deste espaço de cuidado e representam, para o neonato, a diferença entre adaptar-se ou não à vida extra-uterina. O advento do surfactante exógeno, por exemplo, viabilizou a respiração em pulmões extremamente imaturos. Por sua vez, o aperfeiçoamento das incubadoras auxilia os bebês na manutenção da temperatura corporal e os chamados respiradores artificiais são capazes de reproduzir com precisão as pressões respiratórias facilitando as trocas gasosas.

Em face desta realidade, é notório, e indispensável, que os profissionais de saúde precisem estar atualizados para prestar atendimento de qualidade aos recém-nascidos internados nestas unidades.

De acordo com Trentini e Paim (1999, p.8):

A prática de enfermagem deve acompanhar a acirrada evolução técnico-científica vigente no mundo, necessita estar em constante renovação e, para isso, deverá haver comprometimento, principalmente, daqueles profissionais que a vivenciam em seu cotidiano.

Do mesmo modo, é necessário admitir que o pensamento cartesiano e mecanicista, característico do modelo biomédico de assistência, se manifesta ao extremo nas Unidades de Terapia Intensiva (GOMES, 1992).

¹ Prematuros: bebês com idade gestacional inferior a 37 semanas (MIURA; PROCIANOY, 1997).

Assim, estabelece-se uma dualidade entre o “cuidar”, concebido de acordo com Waldow (1998) como o ideal moral da enfermagem, e o “fazer” manifestado pela valorização exacerbada do tecnicismo no atendimento.

Ao mencionar os profissionais que fazem parte do cotidiano de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal refiro-me a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, prestam atendimento aos recém-nascidos. As equipes médica e de enfermagem constituem presenças constantes. No entanto, o caráter multidisciplinar da unidade faz com que estejam presentes também profissionais de áreas como serviço social, fisioterapia, psicologia, nutrição entre outros. Além dos técnicos que desempenham funções importantes como a realização de exames laboratoriais e radiológicos, e daqueles que mantêm funcionando serviços essenciais como secretaria e higienização.

No contexto desta unidade a equipe de enfermagem possui atribuições bem definidas. Dela depende, em grande parte, o adequado funcionamento dos equipamentos aos quais o bebê está vinculado, bem como a manutenção das condições pré-estabelecidas para o tratamento de cada recém-nascido, garantida graças à característica de seu trabalho em turnos.

Em meio a este cenário que inclui máquinas quase perfeitas e pessoas quase sempre muito ocupadas, encontram-se, além dos profissionais e dos recém-nascidos, outros personagens. São os pais dos bebês que, embora pouco familiarizados com o ambiente, compartilham os espaços e dedicam-se, a sua maneira, à recuperação de seus filhos.

É preciso lembrar que, apesar de separados de suas mães logo nas primeiras horas de vida, os neonatos que necessitam internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal estão inseridos em uma família a qual, em algumas realidades, está

resumida à figura materna enquanto, em outras, pode estender-se por gerações. De qualquer forma, esta família é percebida e, mesmo deslocada em um ambiente pouco acolhedor, precisa ser estimulada a tomar parte nos cuidados ao bebê contribuindo assim para seu desenvolvimento saudável.

Reforçando esta idéia Klaus e Kennel (1993) referem que o *apego*², assim como o contato íntimo entre pais e bebê, têm repercussões consideráveis no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido representando, portanto, itens indispensáveis a serem considerados no cotidiano de cuidado aos recém-nascidos.

Ainda com relação à participação da família no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Carvalho (2001,p.33) afirma:

Ao recebermos um recém-nascido para nossos cuidados é prioritário lembrarmos que ele não existe sem sua mãe e que esta traz consigo seu companheiro e familiares (...) O bebê tem sua história, que é aquela de seu grupo familiar (...) Assim, é importante que a equipe de saúde se preocupe e dê atenção às necessidades da família (...).

Deste modo, considerando relevante o estímulo à presença dos pais junto ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, concordo com Elsen et al. (1994, p.72) quando referem que:

A família já não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir determinações dos profissionais de saúde, ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, ela precisa ser ouvida (...) e sua participação deve ser incentivada em todo processo.

² Apego: manifestação de preocupação, afeto e ligação que fazem com que o adulto se torne comprometido com a criança sob seus cuidados (KLAUS; KENNEL, 1993).

1.2 Um pouco de história sobre a presença dos pais em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Para melhor elucidar a trajetória de inclusão dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, considero adequado relatar como tal processo ocorreu na história do cuidado pediátrico, visto que a inserção dos pais neste contexto precedeu a do cuidado neonatal.

De acordo com Collet e Rocha (2000) a aceitação da presença dos pais no cuidado às crianças hospitalizadas ocorreu de forma diversa na história da Pediatria. Em nome da prevenção de infecções e da transmissão de doenças, os pais, e demais familiares, não eram bem-vindos nas unidades de internação pediátricas.

Os mesmos autores referem ainda que o esforço em combater as doenças infecciosas, contribuiu para a formação de um sistema no interior do ambiente hospitalar que priorizou o cumprimento rigoroso de técnicas consideradas assépticas, em detrimento das relações interpessoais, incluindo a interação pais-bebê.

Segundo Lima, Rocha e Scochi (1999, p.31) “(...) até 1930 a assistência de enfermagem à criança hospitalizada tinha por finalidade prevenir a transmissão de infecção através do isolamento rigoroso”.

Porém, a partir de estudos realizados por psicólogos, durante as décadas de 50 e 60, identificando os efeitos do afastamento da criança de sua família, os pais começaram a ser aceitos como visitantes no ambiente hospitalar, por tempo limitado e predeterminado. Embora a recomendação fosse de presença em tempo integral, os pais precisavam respeitar regras para permanecerem junto a seus filhos e sujeitar-se aos horários estabelecidos pela instituição (COLLET; ROCHA, 2000).

Para Lima, Rocha e Scochi (1999, p.33), “o legado desta forma de assistência, que afasta a mãe e familiares de um envolvimento com a criança e profissionais, ainda tem vestígios em nossos dias”.

Esta constatação é reforçada por Carvalho (2001, p.19) ao referir que “as rotinas existentes quanto às visitas de familiares consideram os interesses administrativos, não tendo como objeto básico minimizar os problemas da separação da família”.

Entendendo que a família constitui fator crucial no desenvolvimento e/ou recuperação da criança hospitalizada, considero relevante fazer referência à promulgação da Lei 8069, que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dispõe em seu artigo 12 que “(...) os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais, ou responsável, no caso de internação de crianças e adolescentes” (BRASIL, 1991, p.16).

A exemplo do que ocorreu na pediatria, nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal a presença dos pais sofreu variações, estando estas relacionadas ou não às diretrizes inclusas no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Klaus e Kennel (1993) apontam um breve histórico a respeito da evolução da assistência ao recém-nascido conforme segue.

Em 1923 foi criado em Chicago (EUA) o primeiro centro hospitalar para atendimento a recém-nascidos prematuros. Paralelo a esta criação houve um estímulo às mães para a manutenção da produção de leite materno, sem, contudo, ser favorecido o contato destas com os bebês.

Durante as décadas de 40 a 60 as publicações sobre cuidados aos recém-nascidos continuavam a refletir as tradições do início do século, recomendando apenas o manuseio essencial dos bebês e mantendo uma política de isolamento que se estendia

aos pais. Salienta-se que nesta época, no Brasil, os pais de crianças maiores (não recém-nascidas) passaram a adentrar nas unidades de internação pediátricas uma ou duas vezes por semana, permanecendo por um tempo máximo de uma hora. O prematuro, por sua vez, permaneceu intocável e distante, apesar das mudanças no diagnóstico e no manejo de bebês e crianças, resultantes da introdução de antibióticos e tecnologias inovadoras.

Assim, em nosso país, há alguns anos, os recém-nascidos que necessitavam atendimento em centros especializados permaneciam isolados de suas famílias por algum tempo. Os pais estavam submetidos a rigorosos horários de visita, sendo evitados os contatos físicos em nome da manutenção das condições assépticas necessárias à recuperação do bebê e já referidas com relação ao cuidado pediátrico. Àqueles que não podiam estar presentes nos escassos períodos concedidos, restava a barganha por um horário especial junto à chefia de enfermagem ou a espera pela liberação das atividades de trabalho nos finais de semana.

De acordo com Collet e Rocha (2000, p.86) “a equipe do hospital rejeitava a presença dos pais e familiares durante a internação devido ao perigo de transmissão de doenças”.

Desta forma, para que fosse estabelecido um ambiente considerado “seguro” aos recém-nascidos, os contatos humanos eram reduzidos àqueles necessários para o seu tratamento clínico e/ou cirúrgico. As incubadoras eram mantidas fechadas pela maior parte do tempo e a saída de um bebê para o colo ou para um berço comum era um processo lento e criterioso. Assim, pais e filhos permaneciam pouco tempo juntos e sua interação era mínima ficando restrita, na maior parte das vezes, aos episódios de amamentação natural, quando esta tinha condições de acontecer.

Cresti e Lapi (1997, p161) constataram em seus estudos que “a dupla mãe-bebê parece constituir-se unicamente na situação de amamentação ao seio”, caracterizando o afastamento e limitando ainda mais a presença dos pais junto ao filho.

Do mesmo modo, também os profissionais da unidade não eram estimulados a tocar nos bebês por mais tempo do que o necessário para a realização de algum procedimento técnico e o conhecido processo de maternagem³, hoje comum em berçários, era visto como ato de rebeldia sendo corrigido como tal.

Para Klaus e Fanaroff (1990) as elevadas taxas de morbi-mortalidade de recém-nascidos hospitalizados favoreceram o estabelecimento de um rigoroso sistema de isolamento para recém-nascidos com ou sem doença.

Diante desta situação, muitas famílias tiveram contato com seus bebês apenas após um longo período de recuperação, representado pela necessidade de uso de equipamentos e cuidados intensivos prestados pelas equipes de saúde, sendo assim sinônimo de “período de separação”. Considero pertinente descrever o bebê que é apresentado aos pais durante este período, para isso destaco o que referem Ziegel e Cranley (1985, p.576) : “(...) o recém-nascido tem, com frequência, pelo menos uma infusão venosa, fios ligados para monitorização, sonda endotraqueal acoplada a um respirador e, na maioria das vezes, permanece confinado a uma incubadora”.

Afora todo afastamento imposto, as mães ainda estavam sujeitas a insinuações acerca de suas atitudes e muitas delas eram vistas como insensíveis por não demonstrarem por seus filhos o carinho esperado pela equipe de saúde. Conforme destaca Carvalho (2001, p.17): “Em muitas situações nota-se que a equipe de saúde não

³ Maternagem: forma de cuidado atribuído à família, especialmente à mãe, que busca suprir as necessidades do bebê (BRÉTAS; SILVA, 1998).

percebe e desvaloriza a vulnerabilidade emocional dos pais, exigindo deles atitudes de afeto, amor, cuidado, (...)”.

Gomes (1992) acrescenta que a equipe de saúde cobra dos pais calma, paciência e equilíbrio emocional, atitudes que diferem do momento de ansiedade, medo e dúvida que vivem.

Mas quem pode amar a um desconhecido? Após uma longa separação física, em que por vezes até mesmo o contato olho-a-olho era dificultado por um *opérculo*⁴ colocado sobre os olhos do bebê durante o tratamento por fototerapia, nem todas as mães e pais conseguiam estabelecer o que hoje conhecemos como *vínculo*⁵.

Por outro lado, a introdução de cuidados cada vez mais especializados e, portanto mais distantes dos realizados pelas mães, desenvolveu nas equipes um sentimento de posse sobre os recém-nascidos, supervalorizando técnicas e equipamentos e favorecendo ainda mais a exclusão das famílias do contexto do intensivismo neonatal.

Esta forma de organização do atendimento aponta a intenção do monopólio de cuidado pelos profissionais. Os pais, por sua vez, sentem-se incompetentes perante a equipe, melindrando-se diante da necessidade de uma “mãe substituta” o que gera ciúme e hostilidade (CARVALHO, 2001).

Sobre este aspecto, Callery e Smith, citados por Collet e Rocha (2000) salientam a importância de se admitir a existência de poder e controle na relação entre pais e profissionais.

4 Opérculo: tipo de proteção ocular utilizada pelo recém-nascido em tratamento por fototerapia visando a redução do risco de lesão à retina causada pela luz intensa (nota do autor).

5 Vínculo: é o desenvolvimento de laços emocionais da mãe para com a criança (WHALEY; WONG, 1989).

Para Domingues et al (1999, p.212), “(...) a assimetria nas relações entre trabalhadores de saúde e usuários pode contribuir para o surgimento de dominação e subordinação”. Deste modo, de acordo com a autora, o ambiente de trabalho em saúde tende a transformar-se em uma “arena”.

Conforme destacam Cresti e Lapi (1997), mediante atitudes como esta, os profissionais delegam ao hospital a tarefa de substituto aos cuidados maternos postergando, dificultando ou mesmo impedindo as relações mãe-bebê.

Acrescento a isso o que refere Carvalho (2001) sobre a introdução de novas tecnologias que, incorporadas aos cuidados ao recém-nascido, transformam o bebê em objeto e seus pais em meros observadores.

Por fim, ainda com relação ao afastamento entre pais e recém-nascidos, Klaus e Fanaroff (1990) relatam que o mesmo remonta ao ano de 1896 com a introdução, por Martin Couney em Berlim, das primeiras incubadoras. Já nesta época, de acordo com os autores, foram constatadas dificuldades por parte dos médicos em persuadir as mães a receberem seus filhos na ocasião da alta hospitalar.

Infelizmente (...) algumas mães abandonam bebês cujas necessidades elas não satisfizeram e pelos quais perderam todo o interesse. A vida do pequeno foi salva, é verdade, porém não às custas da mãe. Pierre Budin (in KLAUS; FANAROFF, 1990, p.134)

Cabe lembrar que são indiscutíveis as vantagens advindas a partir do uso das incubadoras no cuidado aos bebês, especialmente àqueles de baixo peso, prematuros ou imunodeprimidos. Saliento, porém, que as mesmas podem representar para os pais uma barreira física que os separa de seus filhos, dificultando a visualização, o toque e até mesmo a amamentação natural.

Carvalho (2001) concebe a incubadora como um equipamento simples e de fácil manuseio que favorece, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, condições para a melhora dos recém-nascidos e possibilita a diminuição de seu fator de risco, mas que pode, paralelamente, representar uma barreira mecânica significativa. Assim, para resumir a inserção dos pais no contexto do intensivismo neonatal, considero relevante o que refere a autora:

A família do recém-nascido de alto-risco encontra-se imbuída no cotidiano complexo de uma UTI e experencia o estar-junto com seu filho e com outras pessoas, relacionando-se com a equipe médica, de enfermagem, com outros pais e com os artefatos tecnológicos que compõe esta unidade. (p.42)

1.3 Aproximando pais e bebês: algumas propostas de humanização em neonatologia.

Humanizar a assistência tem sido um forte ponto de discussão entre os profissionais que atuam em terapia intensiva. Segundo Nascimento e Martins (2000) a humanização busca tornar mais harmonioso um ambiente tradicionalmente hostil, frio, melancólico e repleto de máquinas e aparelhos.

Na intenção de humanizar o atendimento aos recém-nascidos e suas famílias em um ambiente como o de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal algumas propostas têm surgido e sido implantadas nos hospitais. Entretanto, a efetivação de cada uma delas depende, basicamente, da conscientização e comprometimento das equipes que atendem o neonato e é partir desta perspectiva que pretendo apresentá-las.

Para Oliveira citado por Carvalho (2001, p.32):

Humanizar não consiste somente na providência de sistemáticas ambientais de trabalho, consideradas convencionalmente como práticas humanizadoras, mas implica sim, em sensibilidade de pessoas para o envolvimento e então, flexibilidade e singularidade para olhar as situações de enfermagem quando se trata de mães e recém-nascidos.

A *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*, idealizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no final da década de 80 e início dos anos 90 busca proteger, promover e apoiar o aleitamento materno e representa uma das principais propostas de Humanização em Hospitais Materno-Infantis através do estímulo à amamentação natural.

O objetivo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança é mobilizar os funcionários de Instituições que prestam atendimento à população materno-infantil para que modifiquem normas e condutas responsáveis pelo desmame precoce interferindo nos índices de morbi-mortalidade infantil.

Conforme Levin (1999, p.353) “a Iniciativa Hospital Amigo da Criança tem por objetivo equilibrar o uso da alta tecnologia que substitui muitos processos naturais pelo uso de aparelhos e artefatos”.

Para receber o Título de Hospital Amigo da Criança as Instituições de saúde devem seguir os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” preconizados pela Iniciativa e submeter-se à avaliação por técnicos do Ministério da Saúde ligados ao Programa de Saúde da Criança.

Entre os passos a serem seguidos para obtenção do referido título ressaltam-se aqueles relacionados ao livre acesso dos pais em Unidades de Internação Neonatal favorecendo a amamentação em livre demanda. A equipe de saúde deve ser treinada a

aceitar e estimular a permanência dos pais junto ao filho, enfatizando os cuidados com as mamas visando à manutenção da lactação. Salienta-se ainda, nesta proposta, a contra-indicação ao uso de mamadeiras, chupetas e fórmulas artificiais para a alimentação de recém-nascidos priorizando-se o aleitamento materno.

Com estas características, além da amamentação natural, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança incentiva também o vínculo entre pais e bebês o que estabelece uma relação mais intensa entre pais e profissionais, uma vez que os primeiros passam a permanecer mais tempo nas unidades. Assim, a tríade composta por pais, bebês e profissionais de saúde passa a dividir espaços dentro das Unidades de Neonatologia. De acordo com Lima, Rocha e Scochi (1999) isto levou à construção de conceitos como cooperação e parceria; porém o fato de compartilhar saberes, poderes e espaços pode não ser simples, implicando em mais do que mudanças de discursos, mas sim em mudanças de atitudes, tanto por parte de pais quanto de profissionais.

Apesar da implementação dos “Dez Passos”, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança não garantiu àqueles recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal um contato mais intenso com seus pais. Por se tratar de um ambiente imprevisível, muitas vezes os pais precisam permanecer horas sem ter acesso às salas. Em nome de procedimentos que variam do atendimento a uma parada cardíaco-respiratória à singela troca de fraldas os pais são convidados pelos profissionais a se retirarem do local.

Carvalho (2001, p.90) corrobora a afirmação acima ao observar que: “(...) muitas vezes parece que pequenas alterações, quaisquer intercorrências servem para impedir o contato direto dos pais com seu bebê”.

Desta forma, os pais cujos bebês não são alimentados ao seio e/ou que não apresentam condições clínicas para sair das incubadoras continuam a ser mantidos afastados de seus filhos. Nestes casos a adequação da presença ou não dos pais é “julgada” pelas equipes que determinam quando e por quanto tempo os pais devem permanecer na Unidade .

Reforçando esta idéia, Belli (1995) constata que há uma significativa restrição por parte dos enfermeiros quanto ao tempo destinado à presença da mãe junto ao bebê, sendo a interferência nas atividades dos profissionais que assistem ao recém-nascido a principal justificativa.

É possível entender tais atitudes dos profissionais em relação aos pais dos bebês se levarmos em conta o tempo em que estes foram excluídos dos cuidados a seus filhos. Os profissionais de saúde, especialmente os da equipe de enfermagem, não habituados a realizar suas atividades na presença dos pais, contavam com as restrições impostas pelos horários de visita para mantê-los afastados.

Conforme referem Klaus e Kennell (1993), entende-se que em muitas situações é difícil à equipe de enfermagem demonstrar entusiasmo com a presença dos familiares, especialmente quando o trabalho se acumula e o ritmo torna-se mais intenso. Este aspecto pode ser constatado levando-se em conta o cotidiano peculiar do intensivismo neonatal em associação ao modelo assistencial tecnicista, vigente na maior parte destes espaços.

Assim, concordo com Pedroso (2001) quando refere que a equipe de enfermagem desenvolve suas atividades mais intensamente a partir de uma perspectiva orientada em tarefas a serem cumpridas do que a partir da identificação e promoção das necessidades do bebê e sua família.

Como alternativa para o preenchimento da lacuna existente na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, no que se refere aos neonatos dependentes da assistência em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Levin (1999) sugere a *Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado*. Para o autor as rotinas das maternidades estão de acordo com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança porém uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal nesta mesma instituição não atende às mesmas exigências.

Assim, na proposta de Levin (1999) são encontrados Onze Passos a serem seguidos pelas instituições na busca por melhores condições de atendimento aos recém-nascidos prematuros ou doentes.

Semelhante à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado (Levin, 1999), recomenda a presença da mãe junto ao filho por tempo integral acrescentando o contato pele-a-pele e olho-a-olho precoce bem como a redução do uso de equipamentos nos cuidados médicos. Prevê ainda o preparo das equipes para atender mães e bebês sendo capazes de lidar com aspectos psicológicos desta dupla. Como forma de proporcionar maior suporte emocional à mãe é sugerida a presença de outros familiares, como avós e outros filhos, durante as internações prolongadas.

De acordo com a proposta, a presença eventual de outros filhos durante o período de internação de um recém-nascido é capaz de tranquilizar a mãe na medida em que esta sente justificada sua ausência junto aos primeiros. Para os irmãos maiores, por sua vez, conhecer o motivo que afastou sua mãe de casa pode representar o início de um relacionamento fraterno tranquilo.

Deste modo, para Levin (1999, p.355):

O futuro desenvolvimento da medicina neonatal não pode ser apenas de alta tecnologia devendo incluir também fatores humanos. É um direito humano e individual do bebê hospitalizado não somente estar rodeado de aparelhos muito bons e equipe altamente qualificada como estar com sua mãe e, de forma ideal, também com seu pai.

Uma outra proposta de humanização em Neonatologia é o “*Método Mãe-Canguru*”. Descrito pelo Ministério da Saúde como um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele-a-pele (*posição canguru*) precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, esta alternativa prevê maior participação dos pais nos cuidados a seus filhos (BRASIL, S/D).

As vantagens do uso deste método incluem a intensificação do vínculo mãe-filho mediante a redução do tempo de separação evitando longos períodos sem estimulação sensorial. Além de favorecer o aleitamento materno, a maior competência e autoconfiança dos pais no manuseio de seu filho de baixo peso, o melhor controle térmico do recém-nascido, a diminuição da infecção e da permanência hospitalar e, ainda, o melhor relacionamento da família com a equipe de saúde.

Para ser implantado em sua totalidade, o Método Mãe-Canguru deve contemplar três etapas que variam de acordo com as condições clínicas do bebê, o local de internação e a disponibilidade e interesse dos pais.

A primeira etapa é realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal enquanto o recém-nascido não apresenta estabilidade clínica e térmica para deixar a incubadora por períodos prolongados. Nesta fase a permanência dos pais junto aos filhos deve ser estimulada pela equipe de saúde sendo aconselhável o fornecimento de alimentação e facilitado o transporte ao hospital. À semelhança das propostas anteriores, também o

Método Mãe Canguru promove o aleitamento materno mediante o treinamento das equipes e orientações às mães.

Na segunda etapa o recém-nascido encontra-se estabilizado clinicamente e poderá permanecer em sistema de alojamento conjunto contínuo com sua mãe adotando a *posição canguru* na maior parte do tempo. Nesta fase, é previsto o retorno da mãe ao hospital após sua alta hospitalar, o que habitualmente ocorre por volta do quarto dia pós-parto. Algumas condições são indispensáveis à passagem da díade mãe-bebê para esta etapa: além da estabilidade clínica e térmica do bebê, este ainda deve apresentar peso mínimo de 1250g e ganho ponderal diário superior a quinze gramas. As mães devem manifestar interesse e disponibilidade para desenvolver o método e capacidade de reconhecer situações de risco do recém-nascido como alterações na coloração da pele, pausas respiratórias, entre outros. Esta etapa serve como um “estágio” pré-alta hospitalar da dupla mãe-filho.

A terceira etapa do Método Mãe Canguru é realizada no domicílio e prevê a manutenção da *posição canguru* até que a criança determine o contrário. O bebê recebe alta hospitalar com peso em torno de 1750g e a recusa em permanecer no contato pele-a-pele geralmente ocorre quando este atinge o *termo*⁶ ou o peso 2000g. Para o desenvolvimento desta etapa está preconizado pela norma do Ministério da Saúde, o seguimento ambulatorial semanal sendo indispensável a disponibilidade do serviço em receber o bebê egresso sem agendamento prévio.

⁶ Recém-nascido *a termo*: aquele com idade gestacional compreendida entre 37 e 42 semanas (LEONE; TRONCHIN, 1996).

Diante das iniciativas e métodos apresentados, fica evidente que a prioridade das propostas de humanização do atendimento ao recém-nascido está voltada, essencialmente, à aproximação entre pais e bebês.

Porém, apesar da flexibilização ou extinção dos horários de visitas e da intensa busca pela implantação das referidas propostas, alguns pais ainda permanecem excluídos do cenário de cuidado de seus próprios filhos.

Deste modo, concebendo o período de internação do recém-nascido como um momento singular para a família e para o neonato, acredito na presença da equipe de enfermagem, e em particular dos auxiliares, como elo fundamental na interação pais-bebês. Considero ainda que as atitudes destes profissionais em relação aos pais podem exercer certa influência sobre o processo de cuidar dos filhos. Por sua dinâmica de trabalho contínua e pela presença constante junto aos recém-nascidos, acredito que estes profissionais possam, de algum modo, interferir na intensidade e qualidade das relações estabelecidas entre pais e filhos durante o período de internação.

1.4 Os Pais e os Auxiliares de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – teorizando sobre esta relação.

No dia-a-dia de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal os profissionais da equipe de saúde alternam-se nos cuidados aos bebês. No entanto, o profissional que mais se aproxima dos pais é o auxiliar de enfermagem. Em função de sua atividade de trabalho tipicamente assistencial, é ele quem se encontra à beira do leito, ou melhor dizendo, da incubadora, a cada visita.

Sendo a Enfermagem uma profissão de cunho essencialmente feminino, as mulheres predominam nos espaços de cuidado. Acredito que esta predominância nas

Unidades de Terapia Intensiva Neonatal não ocorra por acaso, uma vez que, social e culturalmente, a função de cuidar das crianças está reservada às mulheres.

Reforçando esta idéia refere Lopes (in Lopes, Meyer e Waldow 1996, p.57) que:

Para quem sempre se ocupou dos cuidados de saúde no domínio privado (doméstico), é natural que também conjugue todas as qualidades para assegurar a predominância no domínio profissional.

Assim, seria natural pensar que as relações entre pais e auxiliares de enfermagem aconteceriam de forma harmoniosa. A conjugação de objetivos comuns, com saberes técnicos e capacidades intrínsecas ao gênero poderia ser facilitadora desta relação.

Para Gonzales, Beck e Denardim (1999), a interação advinda das relações interpessoais tem como meta auxiliar no enfrentamento de problemas, tão presentes em ambientes como uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Porém, apesar dos problemas serem comuns a profissionais e pais, parece que aos últimos “só é permitido sofrer com a doença do filho”, enquanto que aos profissionais de enfermagem cabe a função precípua de cuidar (GOMES, 1992 p.87).

Collet e Rocha (2000, p.61) questionam “por que as atitudes de resistência prevalecem quando é comum, na prática diária domiciliar dos pais, realizarem o cuidado dos filhos?”.

Elsen, citada por Dias (2001), complementa afirmando que a enfermagem está imbuída da crença de que a família cuida, mas que a ensinamos *como* cuidar. Deste modo, segundo a autora, não estamos incluindo a família no cenário de cuidado, mas sim reproduzindo o atual modelo de atendimento em que os profissionais de saúde são detentores do “saber cuidar”.

Assim, concordo com Jonhson e Lindschan citados por Collet e Rocha (2000, p.57) quando apontam para a necessidade de uma mudança no foco de atenção de enfermagem o que implica em,

(...) rever o atual paradigma de assistência, no qual os profissionais de saúde acreditam que sabem o que é melhor para a criança, de que são especialistas em crianças, para um paradigma de participação, em que os profissionais de saúde, crianças e famílias trabalhem em conjunto.

Deste modo, entendo que, além das particularidades do modelo de atendimento vigente, as dificuldades de relacionamento entre os profissionais da equipe de enfermagem e os pais dos bebês tenham também raízes nas diferenças de comportamento relativas aos cuidados às crianças existentes entre eles.

De acordo com Pedroso (2001) os profissionais de saúde trazem para o ambiente de trabalho suas crenças pessoais, além das profissionais, acerca de família e doença e estas exercem certa influência na maneira como consideram e cuidam das famílias.

A mesma autora refere ainda que:

Ao identificar e compreender as crenças que permeiam o cuidar da família para os profissionais de saúde, pode-se criar possibilidades que permitam ampliar o foco do cuidado, em busca da perspectiva de se ver a criança e a família como um conjunto a ser cuidado. (p.13)

Collet e Rocha (2000) relatam que há fatores que evidenciam as dificuldades demonstradas pelo enfermeiro em cuidar dos pais, apresentando, freqüentemente, atitudes negativas em relação a eles. Tais atitudes são percebidas amiúde no trabalho dos auxiliares de enfermagem, ao tomarem para si cuidados ao bebê que poderiam ser realizados pelos pais, bem como ao manifestarem o uso de mecanismos de defesa nesta relação.

Pitta (1994), relaciona o uso de tais mecanismos para o enfrentamento de situações de dor, sofrimento e morte. Saliento dentre os mecanismos de defesa citados pela autora a “despersonalização” e a “negação da importância do indivíduo” como os mais presentes nas relações entre os auxiliares de enfermagem e os pais dos bebês.

A despersonalização pode ser percebida no momento em que as mães passam a ser conhecidas e identificadas através de um jargão unificado – “mãezinhas” – instituído pelos profissionais que atendem aos bebês. Estes últimos, por sua vez, são identificados pelo nome ou tratados por apelidos carinhosos, chegando ao extremo de serem chamados de “filhos”, evidenciando a negação da presença materna e de sua importância no contexto.

De acordo com Gomes (1992, p.56) “a despersonalização no cuidar é uma maneira de reprimir e lidar com as ansiedades que o sofrimento de uma criança desperta”. A autora acrescenta ainda que, ao concentrar sua atenção nos equipamentos em detrimento dos semblantes amargurados dos pais, os profissionais evitam lidar diretamente com a impotência, limitações, falhas e mortalidade próprias.

Huerta (1984) observa nos profissionais que atuam em neonatologia, a utilização de uma “máscara”, necessária pela inabilidade em lidar com os sentimentos e dificuldades que a presença das mães e das crianças doentes provocam e representam.

Sendo assim, concordo com Gonzales (in Gonzales, Beck e Denardim, 1999, p.72) quando refere que:

A emoção, dor e sofrimento dos familiares manifestados através do choro e do desespero, perturbam muito os profissionais de saúde. Na verdade, parece que os trabalhadores de saúde não sabem lidar com seus sentimentos, até porque não foram instrumentalizados em suas escolas de formação para tal.

Diante destas considerações, percebo que o ambiente de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pode ser extremamente estressante àqueles que ali convivem, seja exercendo suas atividades profissionais, seja acompanhando a internação de um filho. Penso que um cenário composto por cenas que oscilam entre a vida e a morte, entre as alegrias advindas do nascimento de um bebê às tristezas decorrentes de um parto prematuro, pode determinar comportamentos diversos em seus atores.

Para os pais o estresse constitui uma resposta inevitável à situação de internação hospitalar do filho. De acordo com Noyes, citado por Collet e Rocha (2000), o estresse não pode ser eliminado, mas sim minimizado, ajudando-se os pais a encontrarem estratégias para o enfrentamento dos problemas, deste modo interferindo na relação entre pais, enfermeiros e crianças tendo, conseqüentemente, reflexos na evolução da doença.

Deste modo, considero adequada a inferência de Carvalho (2001, p.18), com relação à condição dos pais diante da internação de um filho:

Geograficamente deslocados, seu trabalho e vida perturbados, seus ritmos biológicos desordenados, atônitos, ansiosos e terrivelmente cansados, os pais, no delírio da crise, são simplesmente incapazes de perceber o que está acontecendo.

Contextualizando o estresse nas relações entre profissionais e familiares, Grütner et al. (1999, p.366) referem que:

(...) a interação entre a família e a equipe assistencial é permeada por alguns fatores estressantes que dificultam a parceria e a convivência dos profissionais de saúde com os familiares no ambiente hospitalar.

A partir desta afirmação, as mesmas autoras sugerem que seja feita uma reflexão acerca dos sentimentos, atitudes, crenças e limites da equipe de enfermagem em busca de um posicionamento ético pelo bem comum, incluindo as famílias como parceiras em seu trabalho e desenvolvendo habilidades de relacionamento humano.

Assim, concebendo o auxiliar de enfermagem como o profissional que mais freqüentemente interage com os pais, reconheço a necessidade de conhecer sua percepção acerca da presença dos pais junto ao recém-nascido internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Acreditando ainda que esta presença seja fundamental à recuperação de bebês doentes e ao processo de crescimento de bebês prematuros ou de baixo peso, bem como reconhecendo que “a relação entre pais e enfermeiros tem-se mostrado bastante conflituosa” (COLLET; ROCHA, 2000, p.60).

Cabe lembrar que considero aqui, famílias como pais e/ou mães que acompanham o bebê durante a internação, sendo que, em muitos casos, este conceito pode ser estendido aos avós ou outras pessoas ligadas ao recém-nascido.

Ao falar da criança enquanto participante no processo de cuidado percebo o neonato como alguém com capacidades peculiares de relacionamento com outras pessoas e com o meio ambiente.

Para Carvalho (2001, p.19) “o recém-nascido, considerando sua singularidade, não é um ser isolado, e o recebimento de visitas significa o início de suas relações com o mundo fora do hospital”. Acrescenta ainda que, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o recém-nascido de alto-risco é o centro das atenções de toda equipe de saúde, porém, apesar de todas as intercorrências a que está sujeito, é capaz de manifestar, mesmo que de forma sutil, seus desejos, necessidades, satisfações, dores e prazeres.

1.5 Motivações para o estudo: situando-me como integrante do contexto

Minha inserção no contexto do intensivismo neonatal ocorreu há quase sete anos, quando recém-formada, buscava o primeiro emprego. Ao deparar-me com a possibilidade de trabalhar junto a recém-nascidos senti-me despreparada. Durante a graduação não foram muitas as oportunidades de cuidar deste tipo de paciente e, em minha vida particular, o fato de ser filha única não me possibilitou a experiência de conviver com irmãos menores. Assim, após algumas horas de reflexão, decidi aceitar a proposta e vi-me então cuidando de todo o tipo de bebês. Eram prematuros com menos de 500g que cabiam nas palmas de minhas mãos, recém-nascidos com problemas congênitos relacionados ao fechamento de folhetos embrionários que deixavam expostas suas vísceras abdominais, bebês com mal-formações múltiplas que mal podiam ser reconhecidos por seus pais, além daqueles aparentemente saudáveis, mas que, por problemas relacionados ao parto ou ao estado de saúde de suas mães, encontravam-se ali internados. Foi assim que passei a conhecer e me apaixonar pelas pequenas criaturinhas que habitavam incubadoras e berços a mercê de cuidados especializados.

Logo de início, fui colocada junto a uma colega em uma das salas de alto risco. As inseguranças foram aos poucos cedendo lugar aos aprendizados e naturalmente passei a envolver-me com aquele ambiente. Além dos recém-nascidos, que exigiam cuidados contínuos por parte da equipe de enfermagem, encontravam-se ali seus pais que, independente do estado de saúde do filho, mostravam-se ansiosos e preocupados com a sua recuperação. Aprendi que cuidar de um bebê em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal envolve mais do que desempenhar com habilidade os procedimentos técnicos necessários ao seu tratamento. Os cuidados de enfermagem precisam atender os problemas clínicos e/ou cirúrgicos do recém-nascido, mas considerar também a sua

necessidade de relação e interação com seus pais. No entanto, o que observei foi que com a sucessão de intervenções a que os bebês eram submetidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pouco espaço sobrava para estas relações; salvo nos casos de amamentação natural em que as mães tinham permissão para permanecer mais tempo junto aos filhos. Esta constatação é reforçada pelo que refere Cresti e Lapi (1997, p.151):

(...) hospitaliza-se os recém-nascidos prematuros ou que apresentam problemas ao nascer; a hospitalização é prolongada, sendo necessárias e mais freqüentes as intervenções técnico-sanitárias exploratórias ou terapêuticas; as mães estão separadas fisicamente de seus filhos, embora se favoreçam seus contatos e amamentação natural.

É importante lembrar que na época em que ingressei no hospital os pais ainda estavam sujeitos a um rigoroso esquema de horário de visitas. Às mães que amamentavam ao seio era permitida a entrada a cada três horas ficando seu tempo de permanência limitado ao período em que o bebê estivesse, efetivamente, mamando. Aquelas cujos bebês ainda não mamavam ao seio obedeciam ao mesmo esquema. Já os pais tinham apenas duas oportunidades durante o dia para visitar seus filhos, não havendo adequação de horários os encontros ficavam sujeitos à análise da situação por parte da enfermeira-chefe da Unidade. Do mesmo modo, a saída de um bebê da incubadora para mamar era considerada uma medida extrema, estando reservada àqueles casos em que a amamentação natural era impossível de outra maneira. Assim, os contatos físicos entre pais e filhos, e mesmo entre profissionais e recém-nascidos, estavam reduzidos, sendo entendidos como prejudiciais a sua recuperação.

Diante desta realidade, interessei-me, de forma especial, pela necessidade daquelas pequenas criaturinhas, isoladas em suas incubadoras, em estabelecer contatos

mais intensos com outros seres humanos e não apenas com equipamentos e mãos tecnicamente hábeis na realização de procedimentos em sua maioria dolorosos. Reforcei a crença de que a presença dos pais é um fator importante à recuperação dos bebês e de que o vínculo estabelecido entre eles naqueles primeiros dias após o nascimento pode ser decisivo em suas relações futuras.

Assim, ao tomar conhecimento das propostas de humanização da assistência ao recém-nascido internado em Unidades de Internação Neonatal e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal passei, naturalmente, a integrar os grupos para motivação, divulgação e implantação das novas atividades, acreditando que a partir delas seria possível modificar o cenário de cuidado através de mudanças nas atitudes de seus atores.

No entanto, com o passar do tempo, percebi que as propostas de mudança não estavam atingindo as atitudes dos profissionais que mantêm contato direto e ininterrupto com os recém-nascidos, e desta forma, não promoviam alterações significativas no cenário de cuidado.

É interessante observar que antes da “abertura” da unidade aos familiares por tempo quase integral, o envolvimento manifestado por alguns profissionais da equipe de enfermagem em relação aos bebês e seus pais era muito mais evidente. Percebo que antes da “abertura”, o relacionamento com as famílias não parecia gerar desconfortos uma vez que sua presença era ocasional e que podia ser dispensada, sem qualquer constrangimento, em nome dos horários de visita, afixados em locais visíveis e lembrados a cada entrada na unidade.

Deste modo, apesar das iniciativas em busca da humanização e do esforço conjunto de profissionais das diversas áreas da saúde, os pais dos bebês ainda

permaneceram (e permanecem) afastados dos cuidados a seus filhos e, embora sem horários fixados para visita, continuaram (e continuam) sendo afastados das salas em nome de procedimentos banais como troca de fraldas, alimentação ou verificação de sinais vitais.

Reforçando esta idéia Gomes (1992, p.92) afirma que:

O que percebemos nos hospitais, ainda hoje, são pais relegados a ficarem sozinhos, passarem horas esperando nos corredores, nos bares, nas imediações do hospital, andando ao léu, para lá e para cá.

Acreditando ser o auxiliar de enfermagem o profissional da equipe de saúde que mantém maior contato com os pais dos bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sendo, portanto, capaz de interferir em sua presença ou não junto ao filho, é ele quem constitui o sujeito deste estudo que tem como objetivo: **conhecer a percepção do auxiliar de enfermagem a respeito da presença dos pais de recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.**

2 METODOLOGIA

2.1 Caracterizando o estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo exploratório, desenvolvido a partir de uma abordagem de pesquisa qualitativa.

Para Polit e Hungler (1995) a pesquisa qualitativa é descrita como “holística”, na medida em que se preocupa com os indivíduos e seu ambiente, e “naturalística”, sem qualquer limitação e controle imposto ao pesquisador. As autoras referem ainda que este tipo de pesquisa, por estar centrada na realidade dos sujeitos, necessita um mínimo de estrutura e um máximo de envolvimento do pesquisador, uma vez que busca compreender os sujeitos do estudo a partir de suas experiências.

Assim, “a imposição de uma estrutura sobre a situação de pesquisa, limita, necessariamente, a parte das experiências dos sujeitos que será revelada” (POLIT; HUNGLER, 1995, p.270).

Por sua vez, os estudos descritivos caracterizam-se por exigir do pesquisador informações anteriores acerca do que deseja pesquisar. Ou seja, é necessário conhecimento prévio do fenômeno para descrevê-lo com exatidão. A associação do estudo descritivo ao exploratório, permite a ampliação de tal conhecimento, aumentando também a experiência do pesquisador (TRIVIÑOS, 1987).

2.2 O local do estudo

O local escolhido para desenvolver o estudo foi um Hospital Materno- Infantil de Porto Alegre que presta atendimento exclusivo pelo do Sistema Único de Saúde. Localizado na área central da cidade o Hospital Presidente Vargas recebe pacientes procedentes da Grande Porto Alegre e, por se tratar de uma instituição de referência para o alto risco materno e fetal, acolhe também uma grande demanda oriunda do interior do Estado.

Especializado no atendimento à mulher e à criança, apresenta áreas restritas como Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico, além de Unidades de Internação Pediátrica, Ginecológica, Obstétrica, Neonatal, Psiquiátrica e de Alojamento Conjunto. Presta ainda atendimento ambulatorial a gestantes, puérperas, crianças e adolescentes, além de oferecer recursos como emergência pediátrica e obstétrica, pré-natal, hospital-dia às gestantes de alto-risco, programas específicos para adolescentes, famílias de recém-nascidos prematuros, portadores de DST/AIDS entre outros.

Como hospital-escola, conta com os serviços de profissionais das mais variadas especialidades, bem como com a presença de residentes, doutorandos e estagiários de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social e nutrição.

Cabe ressaltar ainda que a instituição, originalmente fundada como Repartição Pública Federal e há trinta anos caracterizada pelo atendimento materno-infantil, apresenta em seus quadros funcionários concursados vinculados primeiramente ao antigo Instituto Nacional de Previdência Social, passando ao Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social, Instituto Nacional de Securidade Social e, finalmente, ao Sistema Único de Saúde. No entanto, com a ausência de novos

concursos, a necessária substituição destes deu-se graças a contratações feitas a partir de convênio do Governo do Estado com a Fundação Universitária de Gastroenterologia iniciadas há cerca de oito anos e suspensas desde 1999. Atualmente o hospital conta também com os serviços de funcionários públicos municipais, uma vez que desde outubro de 2000 o mesmo encontra-se municipalizado.

Assim, encontra-se diversidade nos regimes e condições de trabalho, mesmo dentro de funções idênticas, com salários e cargas horária também distintas.

Os profissionais contratados pela Fundação representam quase 70% do efetivo, enquanto os funcionários públicos federais, que se encontram, principalmente, em cargos administrativos, estão reduzidos a um número pouco significativo. Já os funcionários municipais, recentemente inseridos, passam atualmente por uma fase de adaptação à instituição e ao serviço.

Para atender à crescente necessidade da população materno-infantil que busca atendimento pelo Sistema Único de Saúde, o hospital vem aumentando gradualmente o número de leitos oferecidos, especialmente nas áreas em que a procura é intensificada nos meses de inverno e verão e naquelas onde há carência de leitos na região da Grande Porto Alegre, como é o caso do atendimento ao recém-nascido doente.

Paralelamente a isso, na busca por condições de trabalho que visem a humanização da assistência prestada aos clientes, diversos programas vêm sendo implementados a partir da mobilização de profissionais de todas as áreas, incentivando e fortalecendo o trabalho de forma interdisciplinar.

Em dezembro de 1999, a instituição conquistou o título de Hospital Amigo da Criança somando-se a outros hospitais que compartilham a mesma filosofia. A partir disso o cotidiano de trabalho foi acrescido da preocupação constante com a promoção

do aleitamento materno. Os pais deixaram de ser considerados visitas e passaram a participar mais intensamente da recuperação de seus filhos, além de outras mudanças preconizadas para a obtenção e manutenção desta condição.

Neste contexto a Unidade de Internação Neonatal e de Terapia Intensiva Neonatal integram-se às demais buscando acolher os recém-nascidos e suas famílias. Situadas no nono andar do hospital estas duas unidades compartilham espaços ocupando três salas para cuidados intensivos, duas para cuidados semi-intensivos, uma para cuidados intermediários, uma para cuidados mínimos e uma sala para admissão dos recém-nascidos procedentes do Centro Obstétrico, perfazendo um total de cinquenta e quatro leitos. Existem ainda no andar salas de apoio para os profissionais que ali realizam suas atividades como salas de prescrição e estar médico, chefia de enfermagem, almoxarifado, sala de lanche, vestiários, banheiros e sala de amamentação.

As três salas para atendimento de recém-nascidos de alto-risco, com seis leitos cada, apresentam-se equipadas com aparelhos sofisticados e de alta precisão exigindo dos profissionais um alto nível de conhecimento técnico, com constante atualização.

Cabe referir que entendo por recém-nascido de alto risco aquele que, de acordo com Klaus e Fanaroff (1990, p.46) :

(...) independentemente da idade gestacional ou do peso de nascimento, tem a existência extra-uterina comprometida por uma série de fatores (pré-natais ou pós-natais) e que tem necessidade de assistência médica especial.

Nas salas de cuidados semi-intensivos e intermediários encontram-se aqueles bebês estáveis clinicamente e que não dependem de aparelhos para suporte respiratório.

Integram a sala de cuidados mínimos os recém-nascidos que precisam adquirir peso suficiente para alta hospitalar, aqueles que aguardam por condições clínicas de

suas mães para estabelecer o alojamento-conjunto e ainda os bebês cuja tutela está sob a jurisdição do Estado ou do Município (bebês para adoção).

Na sala de admissão os recém-nascidos permanecem apenas o período necessário para a realização das rotinas de admissão como medidas antropométricas, higiene corporal e técnicas relativas à profilaxia de infecções e/ou patologias congênitas, sendo, logo após, encaminhados para junto de suas mães.

Para atender à demanda de pacientes que diariamente ocupam todos os leitos disponíveis nas Unidades de Internação Neonatal e de Terapia Intensiva Neonatal, a equipe de enfermagem representa o maior contingente de pessoal, estando distribuída de forma harmônica entre os quatro turnos de trabalho. São aproximadamente noventa auxiliares de enfermagem, dezessete enfermeiras e uma chefia de unidade. Diante de um quadro funcional tão representativo em relação aos demais profissionais, a enfermagem ocupa espaços e funções bem definidos. À enfermeira-chefe cabem as atividades de administração e supervisão da unidade. Às demais enfermeiras estão reservadas as funções relativas aos cuidados diretos aos recém-nascidos sendo que estas se sobrepõem àquelas relacionadas à administração e supervisão de pessoal. Aos auxiliares de enfermagem cabem as tarefas descritas em legislação específica para a categoria, acrescidas daquelas delegadas pelo profissional enfermeiro. É interessante lembrar que muitos destes auxiliares possuem qualificação como técnicos de enfermagem, mas que, no entanto, a instituição não os reconhece como tal.

A equipe de enfermagem está presente em toda unidade. Em número de três a quatro por turno, as enfermeiras alternam-se no atendimento às salas ficando cada uma responsável por uma das salas de alto risco. O grupo de auxiliares de enfermagem encontra-se distribuído de maneira uniforme sendo estabelecido um rodízio mensal

entre as salas. Deste modo, os auxiliares ora atendem os bebês que necessitam cuidados intensivos, ora àqueles com cuidados intermediários ou mínimos. Cabe referir que o número de recém-nascidos designados a cada auxiliar de enfermagem varia de acordo com a complexidade do cuidado exigido, sendo respeitado o número máximo de três bebês nas salas de cuidados intensivos e de seis nas demais. Assim, toda a equipe encontra-se apta a atender aos recém-nascidos, independente do nível de cuidado que necessitem.

2.3 A coleta de informações

As informações foram coletadas mediante a técnica de Grupo Focal que é definido por Westphal, Bógus e Faria (1996, p.473) como: “(...) uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais”. Para os autores, a utilização desta técnica proporciona a obtenção de informações a partir de discussões em grupo, nas quais os participantes expressam suas percepções, crenças, valores e atitudes em relação a um determinado tema. Ressaltam ainda, entre as vantagens da utilização desta técnica, a maior possibilidade que oferece para o pensamento coletivo em torno de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas.

Os grupos focais são compostos, geralmente, por seis a quinze pessoas, sendo ideal um número compreendido entre oito e dez participantes. No entanto, para Debus (1997) há uma tendência à formação de grupos menores, com cinco a sete integrantes. De acordo com o autor, o tamanho do grupo depende dos objetivos estabelecidos pelo pesquisador. Se a geração de um maior número de idéias for pretendida é aconselhável

o grupo maior; se o que se busca é o aprofundamento das expressões de cada participante o grupo menor é mais indicado.

Os integrantes do grupo são escolhidos de acordo com o objetivo do estudo (amostra intencional) e devem apresentar entre si pelo menos um traço em comum, relevante para o tema proposto (DALL'AGNOL; CIAMPONE, 1999).

Além dos sujeitos da pesquisa, integram o Grupo Focal o moderador, ou coordenador, e o observador. Ao moderador cabem as funções de facilitar e estimular o debate, propondo questões relacionadas ao tema do estudo. O observador auxilia o moderador na captação das informações emergidas podendo contribuir para a síntese feita ao final de cada sessão. Também é função do observador a manutenção do equipamento de gravação bem como o breve registro das falas de cada participante para facilitar a posterior transcrição (DALL'AGNOL; CIAMPONE, 1999).

Com relação ao tempo de duração de cada sessão grupal, as autoras acima sugerem o intervalo de 1h30min à 2h como ideal. Neste período consideram que é possível ao grupo vivenciar as fases de “aquecimento, interação e encerramento” sem que ocorram fadiga ou intelectualização excessiva do tema, que podem determinar vieses em relação à temática proposta.

Quanto ao local para realização dos encontros, Debus (1997) preconiza a privacidade do ambiente, assim como a acessibilidade e comodidade. É necessário, segundo o autor, que os participantes possam expressar-se sem serem observados por pessoas alheias ao grupo, dirijam-se ao local sem problemas de deslocamento e que se sintam confortáveis durante as sessões grupais. É recomendável ainda que os participantes possam visualizar-se entre si, ficando o coordenador e o observador incluídos no grupo sem ocuparem posições de destaque.

Deste modo, considerando as recomendações acima citadas, o Grupo Focal realizado para coleta de informações no presente estudo foi instituído conforme segue.

O grupo foi constituído por sete auxiliares de enfermagem que exerciam suas atividades na Unidade de Internação e de Terapia Intensiva Neonatal. Todos possuíam, portanto, atributos comuns conforme preconizado por Dall’Agnol e Ciampone (1999).

Além dos sujeitos da pesquisa e da coordenadora, representada pela própria pesquisadora, o grupo contou com a presença de uma observadora. Para este papel foi convidada uma enfermeira que, tendo trabalhado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em outro hospital, possuía, na minha concepção, pré-requisitos para auxiliar tanto na condução do grupo como na síntese das informações.

Os encontros foram realizados na própria instituição onde os sujeitos da pesquisa trabalhavam. A princípio foi escolhida uma sala localizada no primeiro andar, mas, por problemas relativos ao excesso de calor e ruídos externos, a partir do segundo encontro passamos a ocupar a sala de reuniões da Unidade de Internação Pediátrica localizada no quarto andar. Tal sala contava com cadeiras estofadas, dispostas em círculo e em número suficiente para todos participantes, além de mesas auxiliares e aparelho de ar-condicionado.

Na primeira reunião do grupo foi realizado o chamado “*setting* ou enquadre grupal”, momento em que os participantes fizeram os acordos necessários ao prosseguimento das sessões como horários, número de encontros, intervalos e local (DALL’AGNOL; CIAMPONE, 1999).

Nesta ocasião foi também desenvolvida uma dinâmica visando à integração do grupo, assim como foram apresentados os aspectos éticos relativos à pesquisa, detalhados a seguir.

Ficou estabelecido o tempo de 1h30min para os encontros, que foram em número de seis e aconteceram uma vez por semana, às quartas-feiras pela manhã, no local determinado e informado previamente pela pesquisadora. Durante todas as sessões grupais foi oferecido um breve lanche que, consumido no decorrer da reunião, serviu como objeto de descontração e integração do grupo.

Saliento que cada encontro foi precedido pelo estabelecimento de algumas questões norteadoras. Ou seja, no primeiro a problemática que instigou o início das discussões foi o próprio objetivo do estudo. Nos encontros subsequentes as temáticas foram encaminhadas a partir dos assuntos que haviam sido abordados pelas próprias auxiliares na semana anterior.

Cabe referir ainda que todos os encontros foram gravados, contando com o auxílio da observadora, o que facilitou o registro dos diálogos e permitiu a percepção de eventuais momentos de silêncio, distrações e desvios do tema.

As fitas foram transcritas logo após cada sessão, possibilitando a elaboração de uma síntese apresentada ao grupo no encontro subsequente. Tal procedimento serviu também para antecipar o processo de análise pela pesquisadora.

Ressalto que, o fato de integrar a equipe de enfermagem do local da pesquisa, facilitou, sobremaneira, a divulgação da pesquisa e efetivação da coleta de informações.

2.4 Os sujeitos do estudo

Participaram da pesquisa os auxiliares de enfermagem da Unidade de Neonatologia e de Terapia Intensiva Neonatal que se dispuseram, voluntariamente, a integrar o estudo. Os auxiliares vinculados à Prefeitura Municipal não foram incluídos

na amostra devido a seu curto período de inserção na Unidade e, portanto, de interação com os pais e bebês.

Foi proposto ao grupo de auxiliares a participação na pesquisa, independente do turno de trabalho por entender que os pais podem estar presentes a qualquer hora do dia ou da noite. Reconheço, porém, que a maior frequência de visitas acontece durante o dia, considerando as facilidades de deslocamento neste período.

A sensibilização e mobilização dos auxiliares de enfermagem para participação na pesquisa ocorreram a partir da intensa divulgação do objetivo do estudo bem como de sua metodologia, feita ora individualmente, ora em pequenos grupos.

Após este período de “conquista” do grupo, que perdurou por cerca de vinte dias, foi afixado, em local acessível, o “convite oficial”. Em anexo foi deixada uma folha em branco onde os auxiliares interessados em participar da pesquisa passaram a colocar seus nomes. O convite permaneceu afixado durante sete dias e, ao ser recolhido, a lista anexa contava com dezenove nomes.

Decorridos mais sete dias, foi marcada a data, horário e local do primeiro encontro do qual participaram sete auxiliares. Os demais justificaram sua ausência por problemas de incompatibilidade de horário, já previstos pela pesquisadora.

No grupo estavam representados todos os turnos de trabalho. Cabe salientar que, tendo as reuniões acontecido durante o turno da manhã, foi necessária uma negociação junto a chefe de enfermagem do setor, assim como com as demais enfermeiras, para que os auxiliares que estavam em seu horário de trabalho pudessem participar da pesquisa.

Considerando as características, profissionais e pessoais, de cada integrante, o grupo estava assim formado: as idades variaram entre vinte e quatro e cinquenta e seis anos, o tempo de formação como auxiliar ou técnico de enfermagem encontrou-se entre

cinco e treze anos e o tempo de serviço no local do estudo oscilou entre quatro e nove anos.

Deste modo, considero que a amostra, assim composta, pôde ser considerada representativa do grupo de auxiliares de enfermagem do local onde foi desenvolvida a pesquisa. Devido à presença de traços comuns entre seus integrantes, como o fato de trabalharem com recém-nascidos e conforme preconiza a técnica de grupo focal já referida, e à heterogeneidade entre seus elementos no que se refere à idade, tempo de serviço e de formação profissional.

2.5 Aspectos éticos do estudo

Para que a pesquisa pudesse ter início alguns trâmites formais precisaram ser contemplados. Após apreciação e aprovação do projeto por Banca Examinadora junto ao Programa de Pós-graduação, Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul foi solicitada autorização para o desenvolvimento do estudo na instituição hospitalar. Para isto o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas tendo sido aprovado segundo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO A).

Cumpridas as exigências junto às instituições, de ensino e hospitalar, foi então buscada autorização da enfermeira-chefe da unidade e dos sujeitos da pesquisa.

No primeiro encontro grupal, os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e sobre a dinâmica do Grupo Focal. Ficou garantido o anonimato nos registros bem como o uso das informações obtidas apenas para fins de pesquisa.

Também foi facultada aos participantes a possibilidade de retirar-se do grupo a qualquer momento de sua execução.

Havendo concordância com os aspectos apresentados, cada sujeito assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) ficando com uma cópia sendo outra arquivada com a pesquisadora.

Para garantir o anonimato na redação do relatório final do estudo, os sujeitos passaram a ser designados por um codinome. O código adotado foi escolhido pelo próprio grupo e cada participante optou pelo nome de uma flor para representá-lo.

2.6 A Análise das Informações

Em busca dos significados das informações emergidas durante as sessões de grupo focal, optei pela análise de conteúdo utilizando a técnica de análise temática, conforme proposta por Minayo (1993).

Para a autora, realizar uma análise temática representa descobrir os núcleos de significado que integram uma comunicação e cuja presença ou frequência representem algum fator para o objetivo analítico buscado.

Assim, a operacionalização da análise temática envolve três etapas:

1. Pré-análise:

Prevê a escolha das informações a serem analisadas e a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os diante do material coletado. A partir de então são elaborados indicadores que vão orientar a interpretação final.

2. Exploração do Material:

Esta etapa consiste basicamente na operacionalização da codificação. Em um primeiro momento é realizado o recorte do texto em unidades de registro (palavra, frase, tema...), conforme estabelecido na pré-análise. Após, escolhem-se as regras de contagem permitindo alguma quantificação das informações. Em terceiro lugar é realizada a classificação e a agregação dos dados, optando-se pelas categorias teóricas ou empíricas que indicarão a especificação dos temas.

3. Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação:

As informações obtidas são colocadas em destaque. A partir daí procura-se estabelecer relações entre as informações obtidas e os referenciais teóricos do estudo, respondendo às questões de pesquisa com base em seus objetivos.

Cabe salientar ainda que de acordo com Minayo (1997, p.79) : “(...) o produto final de uma pesquisa, por mais brilhante que seja, deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa”.

Considerando estes pressupostos, a operacionalização da análise das informações obtidas ao longo dos seis encontros do grupo ocorreu da seguinte forma:

- após a transcrição das fitas foi realizada a leitura repetida dos textos buscando as idéias centrais que, agrupadas por similaridade, passaram a representar os temas.

Ressalto que, embora cada encontro grupal tenha gerado um pool de informações distinto, os textos foram examinados em conjunto uma vez que os assuntos debatidos foram recorrentes.

Determinados os temas e subtemas e tendo selecionado as verbalizações mais representativas de cada um, passei à análise final; obedecendo ao que recomenda

Minayo (1997) e estabelecendo um movimento contínuo entre o empírico e o teórico, entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, num movimento dialético visando o concreto pensado.

Assim, considerando o objetivo do estudo, e a partir das idéias resgatadas a respeito do ambiente, dos pais dos bebês e de sua própria condição profissional no contexto, para a análise final as informações obtidas foram agrupadas em três grandes temas, e relativos subtemas, apresentados aqui e discutidos, em profundidade, a seguir.

1 As atitudes dos profissionais em hospital público e privado.

1.1 A diferenciação do cuidado em hospital público e privado.

1.2 A situação dos pais em um hospital “Amigo da Criança”.

2 A presença dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

2.1 As contradições em relação à presença das mães no ambiente de cuidado neonatal.

2.2 A percepção da figura paterna no ambiente de cuidado neonatal.

3 Da possessividade à impotência: a condição do auxiliar de enfermagem no ambiente de cuidado neonatal.

3 PERCEBENDO-SE E PERCEBENDO OS PAIS NO INTENSIVISMO NEONATAL

Na intenção de contemplar a maior parte das idéias manifestadas pelas auxiliares de enfermagem no decorrer dos debates no grupo focal, suas concepções foram agrupadas em três grandes temas. Saliento, porém, que pelo dinamismo característico da metodologia utilizada para coleta de informações, a divisão em temas não reflete momentos estanques, nem, tampouco, pretende esgotar as vertentes surgidas durante sua execução.

3.1 As atitudes dos profissionais em hospital público e privado

Antes de passar a referir e refletir sobre as idéias que geraram este tema é necessário reforçar algumas colocações a respeito do que considero como ambiente neste estudo. Conforme já referido em capítulo anterior, o local escolhido para a coleta de informações foi um hospital que atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde e, por atender, basicamente, à população de alto-risco materno-infantil buscou e conquistou o título de Hospital Amigo da Criança. Nele encontra-se inserida, entre outras, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal que conta com os serviços de estagiários de diversas áreas, caracterizando assim sua condição de hospital-escola.

Para Carvalho (2001, p.41):

O ambiente é constituído por todos os seres humanos e as relações existentes entre eles. É o meio físico, social, educacional, cultural, econômico e político onde o ser humano vive e, portanto, onde a equipe de enfermagem, o recém-nascido e a família estão inseridos, interagindo dinamicamente, necessitando ou prestando cuidados.

Desta forma, a concepção de ambiente ultrapassa os limites da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal estendendo-se, não só por todo hospital, como pelo contexto no qual este está inserido, interligando profissionais de saúde, pacientes e famílias.

Assim, de acordo com Barbosa, citado por Carvalho (2001), é preciso ter-se consciência de que a assistência plena não se fará apenas dentro do ambiente hospitalar.

Admito, deste modo, a necessidade de que cada profissional de saúde reconheça a inserção de sua unidade de trabalho no contexto amplo da atenção à saúde, bem como suas posturas no atendimento aos pacientes e seus familiares.

Na concepção das auxiliares de enfermagem do estudo, a instituição ora é percebida em sua plenitude, ora de maneira restrita. Ou seja, do mesmo modo que o grupo identifica no Hospital Presidente Vargas as características alusivas a um hospital público, com suas inerentes virtudes e deficiências, fazem referências à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal como um espaço isolado de trabalho e de cuidado.

Assim, para melhor ilustrar estas percepções, o tema foi dividido em dois subtemas que buscam elucidar o ambiente a partir de duas perspectivas: atitudes dos profissionais e lugar para os pais.

3.1.1 A diferenciação do cuidado em hospital público e privado: a questão do ambiente.

Durante os encontros do grupo ficou evidente que as auxiliares de enfermagem percebem a interferência do ambiente no seu cotidiano de trabalho, bem como em suas relações com os pais dos bebês.

Ao reconhecer que suas atitudes profissionais sofrem tal influência passam a questioná-las, extrapolando a condição da instituição como hospital público, conforme manifesta Jasmim,

(...) qual nossa atitude? É diferente no SUS e no particular? A gente trata os pais de um hospital particular melhor do que trata aqui? (...)

Os questionamentos acima retratam a consciência do grupo em distinguir o cuidado oferecido em um hospital público, daquele proporcionado aos pacientes internados na rede privada.

A justificativa para tal diferenciação é apontada pelas próprias auxiliares, ao referirem que, diante das condições de trabalho ora oferecidas pelo Hospital Presidente Vargas, não vislumbram a possibilidade de proporcionar um atendimento mais “humano”, especialmente aos pais dos bebês.

(...) pelo fato de estar apertado, faltando gente e a gente não consegue parar e falar com a mãe (...). Jasmim

A terminologia “estar apertado”, utilizada pela auxiliar, busca evidenciar as condições de trabalho a que estes profissionais estão submetidos na instituição.

No dia-a-dia da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a falta de pessoal mencionada pode ser observada tanto sob ponto de vista numérico quanto de

competência profissional. Ou seja, por um lado não há auxiliares suficientes para atender aos recém-nascidos, e por outro, alguns destes profissionais, por serem inexperientes em suas funções, não apresentam competência técnica para prestar tal atendimento.

Costenaro (2001, p.82), ao buscar conhecer o tipo de atendimento prestado aos recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, observou que “para alguns profissionais, este atendimento é considerado bom, no entanto é dificultado pelas limitações impostas pelo serviço público”.

No entanto, é interessante observar que a desproporção constatada nesta unidade em particular pode ser estendida ao contexto público de assistência à saúde, onde a demanda de pessoas que buscam atendimento é, com frequência, superior à capacidade de acolhimento.

Diante disso, o grupo identificou dificuldades em realizar suas atividades cotidianas, como, por exemplo, atender ao binômio mãe-bebê conforme relatam Onze-horas e Jasmim:

(...) às vezes tu tá vendo que a mãe tá chorando, mas tu não podes deixar tudo pela metade. Onze-horas

(...) eu não posso fazer nada (pela mãe) porque eu não tenho tempo de fazer nada (...). Jasmim

Alves e Jouclas (1997) advertem que a falta de infra-estrutura mínima para o desenvolvimento das atividades rotineiras de trabalho, coloca em risco tanto a equipe de enfermagem, quanto os pacientes por ela atendidos.

Por sua vez, Huerta (1984), ao refletir sobre o comportamento das enfermeiras, refere que os profissionais tendem a agarrar-se às pressões da instituição para a qual trabalham no intuito de justificar seus comportamentos.

A afirmação da autora pode ser evidenciada no que menciona Boca-de-leão ao observar que nem todas suas atitudes são voluntárias, indicando a distinção entre “querer e poder”:

(...) a gente não faz melhor porque não consegue, não porque não quer.

Assim, considerando o contexto que envolve a instituição onde foi realizado o estudo, a manifestação de Boca-de-leão não gerou surpresa. Por ser referência para o alto-risco materno e fetal, o Hospital Presidente Vargas recebe, diariamente, gestantes e bebês oriundos de regiões adjacentes à capital atendendo, desta forma, a um número de pacientes superior a sua capacidade física e de pessoal.

Hoje mesmo nós vamos ficar com 11 respiradores (bebês em ventilação mecânica), não sei como, mas vamos ficar. Orquídea

Desta forma, no seu cotidiano de trabalho, as auxiliares demonstram perceber nitidamente as diferenças no atendimento prestado em Instituições públicas e privadas. Enquanto, em um hospital privado o cuidado oferecido aos recém-nascidos e suas famílias é mais “personalizado”, no público, devido, especialmente, às desproporções entre o número de pacientes e de funcionários, o atendimento restringe-se ao “possível”.

Orquídea e Boca-de-leão sustentam a afirmação acima:

Um dos pontos de diferenciação entre o atendimento SUS e o particular é o número de funcionários por criança. Orquídea

É claro que se tu tiver só uma criança para cuidar o teu atendimento muda. Orquídea

No particular o auxiliar fica só com uma criança. Boca-de-leão

Neste contexto, King, citada por Huerta (1984), refere que as atitudes da equipe hospitalar refletem mais a organização da instituição do que as características pessoais de cada profissional.

Pedroso (2001, p.9), por sua vez, observa que:

(...) talvez o comportamento dos indivíduos, suas ações, reflitam não só paradigmas inerentes à profissão ou à própria filosofia da instituição, mas, acima de tudo, parecem refletir as crenças de cada um em relação ao cuidar e ser cuidado (...).

Diante disso, e a partir das discussões do grupo, pude observar que as atitudes das auxiliares nem sempre são autênticas, pois, segundo Orquídea,

(...) é o hospital ou a entidade que impõe o nosso comportamento.

Por outro lado, apesar desta constatação, as auxiliares revelam um posicionamento crítico sobre seus atos:

(...) aqui tu tem que ter consciência do que tu estás fazendo ou se estás fazendo porque a instituição manda. Boca-de-leão

Deste modo, ao reconhecerem que a assistência prestada nem sempre condiz com suas convicções pessoais e/ou profissionais e, portanto, atenderem aos recém-nascidos e suas famílias da forma “imposta” pela instituição, estes profissionais reproduzem e perpetuam o modelo assistencial vigente.

Sendo assim, o que percebo é que apesar do Hospital Presidente Vargas ser uma instituição eminentemente pública desde sua criação, além de funcionar como hospital-escola, e desta forma contribuir para a formação de muitos profissionais de saúde,

apresenta um modelo assistencial hegemônico, tendo no profissional médico a figura central e no tecnicismo o fundamento de toda sua dinâmica.

Cabe lembrar que, as peculiaridades das mulheres enquanto gestantes que buscam atendimento no Hospital Presidente Vargas, também favorecem a preservação deste tipo de atenção à saúde; visto que, essencialmente, o usuário do Sistema Único de Saúde manifesta uma atitude passiva diante do atendimento recebido, não questionando a própria assistência nem mesmo a forma como esta é prestada (NASCIMENTO E MARTINS, 2000).

Por fim, as auxiliares observaram ainda deficiências nos serviços que servem de apoio à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Eu estou falando em relação a todo tratamento que a mãe deveria receber e não recebe. (...) coisas simples como o Banco de Leite que não funciona no fim de semana (...). Orquídea

A alusão de Orquídea ao Banco de Leite, em especial, deve-se ao fato de que a partir da conquista do título de Hospital Amigo da Criança, o estímulo ao aleitamento materno ter sido insistentemente priorizado. No entanto, devido à descontinuidade no funcionamento do referido serviço, as auxiliares deparam-se com situações embaraçosas como, por exemplo, desprezar o leite trazido pela mãe após tê-la orientado sobre a importância da manutenção da lactação, estimular a ordenha manual e o correto acondicionamento do leite em casa para que o bebê pudesse recebê-lo em outro momento.

Diante disto, é preciso reconhecer que, embora o Hospital Presidente Vargas seja “Amigo da Criança” e referência para o atendimento de mães e bebês de alto risco, suas condições estruturais e de pessoal não têm acompanhado a crescente necessidade da clientela. Uma vez que, conforme já referido, a população atendida provém,

principalmente, de locais cada vez mais populosos e carentes, como periferia da cidade e regiões circunvizinhas à Capital.

Fundamentando a constatação de plenitude na ocupação das vagas e recursos oferecidos, assim como a expectativa de intensificação da procura por atendimento em instituições públicas em decorrência das condições de vida da população, Gonzales, Beck e Denardim (1999, p.70) mencionam que:

Os fatores sociais interferem na vida dos homens, possibilitando que ele tenha uma melhor ou pior qualidade de vida, dependendo da sociedade em que vive. E quanto menor a qualidade de vida, maior as possibilidades que as pessoas tem de adoecer e morrer.

Considero relevante mencionar que, entre o grupo de auxiliares do local do estudo, vários cumpriam dupla jornada de trabalho. Assim, além das circunstâncias inadequadas da instituição, o trabalho é igualmente prejudicado pelas condições físicas de alguns profissionais que, exaustos, não atendem às necessidades do serviço, determinando sobrecarga aos colegas e/ou negligência no cuidado.

Costenaro (2001, p.82) constatou em sua pesquisa que, no ambiente do intensivismo neonatal, “existem pessoas estressadas, que trabalham demais (...), reclamando o tempo todo e, conseqüentemente, não conseguindo prestar um atendimento de qualidade (...)”.

Relembrando o fato de, originalmente, o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas ser uma instituição pública, contando, essencialmente, com os serviços de funcionários concursados, concordo com Guareschi e Martins (1997, p.430) quando relatam que:

É conhecido o fato de que o grande número de trabalhadores hospitalares, devido aos baixos salários da rede pública, possuem mais de um emprego. Pelo fato de existir a segurança pessoal neste tipo de serviço, o mesmo está em segundo plano para o trabalhador, existindo um grande número de licenças e faltas de funcionários, dificultando a assistência prestada à criança.

Embora o número de funcionários públicos na instituição encontre-se em franco declínio devido à inexistência de novos concursos, na prática é possível constatar diferenças no comprometimento dos profissionais pertencentes aos diferentes regimes trabalhistas.

Deste modo, tal desigualdade pode ser responsável pela dificuldade de interação entre os profissionais de uma mesma equipe, determinando sobrecarga de trabalho, bem como incitando queixas e descontentamentos.

Da mesma forma, Vernier (2002, p.51), ao estudar as reações da equipe de enfermagem em uma Unidade de Internação Pediátrica, observou que:

O descontentamento da equipe com seu cotidiano de trabalho ficou evidente em referências constantes à falta de tempo e de pessoal, conflitos de relacionamento interpessoal dentro da equipe de enfermagem e com outros profissionais e sobrecarga de trabalho.

Ressalto ainda que, considerando a coexistência, já referida, de diversos regimes trabalhistas no local do estudo, observa-se que o percentual dos funcionários contratados sobrepõe-se aos demais. Todavia, embora numericamente representativos, tais profissionais não possuem prestígio para pleitear melhorias nas suas condições de trabalho, uma vez que não estão vinculados à União ou ao Município como os demais. Tal fato é evidenciado pelo impedimento destes em assumir cargos de chefias, o que,

somado às constatações anteriores, instiga ainda mais seu desconforto ao desenvolver as atividades cotidianas de trabalho.

Ainda sob o enfoque do ambiente e confrontando os espaços de cuidado público e privado, as peculiaridades dos pais dos bebês foram observadas e mencionadas pelo grupo:

No convênio as mães são mais chatas que no SUS, por que no convênio elas têm maior nível sócio-cultural. Onze-horas

Do mesmo modo, ao constatarem, a partir dos registros, que as gestantes que procuram atendimento no Hospital Presidente Vargas são, em sua maioria, procedentes de bairros ou vilas situados nas periferias dos municípios, as auxiliares passaram a incluí-las em um perfil sócio-econômico e cultural baixo, se comparado às que são atendidas em outros hospitais.

(...) nosso pessoal é de nível sócio-econômico baixo. Orquídea

(...) a maioria de nossas mães é de baixa renda, tem nível sócio-cultural baixo. Rosa

As referências acima reportam novamente à discussão a respeito das posturas adotadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde em relação às da rede privada. Ao considerar “chatas” as mães “de convênio” atribuindo a isto o fato das mesmas possuírem maior nível sócio-cultural, o grupo pode estar, analogamente, admitindo que as mães desprovidas de recursos para buscar atendimento em hospitais privados mostram-se apáticas em relação à assistência recebida por seus filhos. Sendo assim, as auxiliares consideram que o trabalho junto a estas últimas é mais facilmente realizado, já que:

(...) a pior coisa que tem é trabalhar com paciente diferenciado (...)
(...) no particular tu tens que suportar mais e no SUS tu faz ele se colocar no lugar dele (...) pra mim criança é tudo igual mas os pais são muito mais xaropes. Boca-de-leão

Para Nascimento e Martins (2000), a partir de tais observações, os profissionais de saúde manifestam a necessidade de exercer, de algum modo, um certo poder sobre a pessoa que está sob seus cuidados.

Da mesma forma, Corrêa (1998, 299) afirma que, no ambiente hospitalar,

Ainda predomina uma relação na qual o profissional de saúde, detentor do saber técnico-científico, impõe ao cliente, objeto deste saber, suas receitas, ordens, cuidados e conselhos. Esta situação valoriza o paciente passivo, o bonzinho.

No entanto, as auxiliares constataram que a passividade mencionada acima é percebida, principalmente, nos usuários do Sistema Único de Saúde, pois,

(...) no particular o auxiliar fica só com uma criança, se tu ficar com dois os pais vão perguntar: se os dois chorarem ao mesmo tempo, qual tu vais atender primeiro? Vai deixar o meu chorando ou o outro chorando? Boca-de-leão

A percepção dos pais, conforme referida pelo grupo, aponta mais uma vez para as diferenças de comportamento entre os usuários do Sistema Único de Saúde e do sistema privado diante da atenção recebida. Segundo Nascimento e Martins (2000, p.207), “em nosso país os usuários do SUS pouco exercem seus direitos”, não questionando o atendimento recebido e considerando a assistência como “esmola” e não como dever do Estado.

Jasmim reforça a afirmação acima:

(...) se fosse num hospital particular a mãe ia cobrar a todo custo dele (médico) o que estava sendo feito (...), mas como é SUS, (...).

Por fim, no decorrer das discussões do grupo, ficou evidente que as comparações estabelecidas entre as condições de atendimento aos recém-nascidos e suas famílias nas esferas pública e privada, têm estreita relação com suas próprias concepções, pois, segundo Orquídea e Jasmim:

(...) tu não queres ir para um hospital SUS, tu não queres, até pode ir por necessidade, não tem outra opção, agora se tu puderes tu vais optar pelo (...) (nomes de outros hospitais) e não para o SUS. Orquídea

(...) eu acho que é mais cobrado (o tipo de atendimento) porque eu tô pagando, eu mesma faço isso (...). Jasmim

3.1.2 A situação dos pais em um hospital “Amigo da Criança”.

A conquista do título de Hospital Amigo da Criança intensificou a presença dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a partir da extinção dos horários de visita e do estímulo à presença dos mesmos juntos aos filhos internados.

A partir deste fato, as auxiliares perceberam diferenças na atenção dispensada aos pais, antes e depois da aquisição do referido título, bem como nas condições oferecidas pela instituição para a permanência destes junto a seus filhos.

Hospital Amigo da Criança não é só copinho e proibição de bico, tem que ter lugar para ficar. Azaléia

No Hospital Amigo da Criança o trabalho muda em nome de um título, mas sem estrutura para mudar. Orquídea

Tem que ter livre acesso (...) não aquele papo de poder entrar a hora que quer, mas aí chega a noite e não tem onde ficar. Boca-de-leão

A busca pelo título de Hospital Amigo da Criança procura envolver a todos e a cada um dos profissionais da instituição em torno de uma mesma filosofia. No Hospital Presidente Vargas este processo não foi diferente. Por aproximadamente um ano a

instituição se preparou para a avaliação final. Durante este período, além de atender suas rotinas diárias, as auxiliares precisaram “aprender” a aproximar pais e bebês a partir, especialmente, do estímulo à lactação. Entretanto, o ritmo frenético da Unidade de Internação Neonatal, tornou escasso o tempo para que fosse estabelecida a necessária “tomada de consciência” destes profissionais. Assim, antes que a filosofia da proposta fosse completamente compreendida pelos auxiliares de enfermagem, os pais passaram a ocupar espaços na unidade, pois,

A liberação do horário veio antes, devia ter primeiro um treinamento com os funcionários. Orquídea

Saliento que o treinamento mencionado pela auxiliar não é aquele pelo qual todos os profissionais da Unidade passaram por ocasião da avaliação para obtenção do referido título. A carência manifestada é, basicamente, por habilidades nas relações interpessoais, conforme relata novamente Orquídea:

Essa parte de interação entre mãe e profissional deve haver um treinamento.

Para Gonzales, Beck e Denardim (1999, p.76),

O estabelecimento das relações interpessoais em ambientes fechados e estressantes como a UTI é difícil, tanto para os profissionais quanto para os pacientes. É importante dimensionar a competência do enfermeiro não somente no plano técnico, mas também no plano psico-espiritual quando ele assume suas dificuldades e sentimentos ao lidar com pacientes graves e que podem morrer.

Do mesmo modo, Pitta (1994) observa que os sentimentos como depressão e ansiedade, presentes nos pacientes e seus familiares, passam, naturalmente, a ser

projetados no hospital por meio de seus “elementos de mediação”, ou seja, os profissionais de saúde.

Assim, além de “aprender” a relacionar-se com as famílias dos recém-nascidos, os profissionais precisaram “absorver” seus sentimentos e expectativas, confrontando-os com suas próprias impressões a respeito do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, da doença e da morte.

Desta forma, Pitta (1994) refere que os profissionais, para melhor lidar com estas situações, utilizam o “distanciamento” e a “negação de sentimentos” como mecanismos de defesa, restando o envolvimento e evitando identificações.

A atitude de Onze-horas na presença dos pais dos bebês ilustra a utilização dos referidos mecanismos:

(...) eu faço o que tenho que fazer e vou para um canto.

Costenaro e Martins (1998, p.57) sustentam a necessidade de adoção de tais comportamentos ao observarem que, “relacionar-se com os pais de recém-nascidos em UTI é uma tarefa que gera muitas expectativas, tanto para os pais como para os profissionais de saúde”.

Para Nascimento e Martins (2000) o fato de alguns profissionais de saúde realizarem atos “mecânicos” pode demonstrar uma postura defensiva, uma fuga das ansiedades sentidas por estas pessoas, um modo de não pensar muito sobre tudo o que acontece em se ambiente de trabalho.

Diante disso, cabe ressaltar que o já referido processo de conquista do Título de Hospital Amigo da Criança ocorreu há cerca de quatro anos e que as primeiras incursões dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal não foram muito “pacíficas”.

Collet e Rocha (2000, p.56), ao considerarem os movimentos iniciais de “abertura” das unidades pediátricas aos pais, referem que, “(...) a presença dos pais foi tolerada mais do que ativamente encorajada (...) abrir as portas para os pais estava trazendo problemas para a equipe médica e de enfermagem (...)”.

Entretanto, na percepção das auxiliares participantes do estudo, parece que, atualmente, o problema teve seu foco desviado (ou ampliado), do seu próprio cotidiano de trabalho junto aos pais, para as condições de permanência destes ao lado dos filhos. Ou seja, o grupo identifica dificuldades na realização de suas atividades rotineiras de trabalho decorrentes da “abertura” da unidade aos pais. Todavia, percebe, ao mesmo tempo, as condições desfavoráveis oferecidas pela instituição para a permanência da família, mostrando-se sensíveis diante da situação.

Assim, com relação à presença dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Carvalho (2001) indica o reduzido espaço físico como um dos fatores que afasta a mãe do ambiente e, conseqüentemente, dos cuidados ao bebê.

Gonzales, Beck e Denardim (1999, p.84) corroboram tal apreciação observando que:

(...) para fortalecer o relacionamento equipe-família-paciente, o que trás efeitos benéficos para a recuperação deste último, é importante que a equipe de enfermagem ofereça à família uma estrutura física e administrativa na UTI favorável para contatos periódicos onde esclarecimentos e informações serão prestados aos mesmos.

Da mesma forma, Gomes (1992) aponta para a necessidade de um local na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para acomodar os pais dos recém-nascidos de risco. Um lugar onde estes pudessem sentar, comer, descansar e compartilhar a solidão com outros pais.

No entanto, na concepção das auxiliares de enfermagem, as condições físicas proporcionadas aos pais pela instituição não favorecem sua permanência.

O ruim daqui é que eles (os pais) não têm um lugar para ir descansar na madrugada (...) e dizem que não ficam porque não tem onde ficar (...) eles não vão ficar na rua no inverno, é até inseguro. Boca-de-leão

O grupo também reconhece que, pelas peculiaridades da população atendida no Hospital Presidente Vargas, a infra-estrutura disponível deveria ser diferenciada, pois,

(...) tem aquele pessoal do interior que vem com ambulância que chega dizendo que vai ficar ali e a enfermeira vai procurar um lugar no andar para a mãe dormir, às vezes é um homem e não pode ficar no AC (alojamento conjunto), tem que dormir no banco da recepção deveria ter um quarto com banheiro, cadeira e água.

Assim, o ambiente específico da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal foi percebido pelo grupo como inadequado às pessoas que ali convivem, e as sugestões apresentadas para melhoria destas condições incluem recursos modestos como banheiros e cadeiras.

Diante disto, considero adequado descrever, brevemente, o ambiente de uma das salas de cuidados intensivos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

No capítulo sobre o local do estudo foi mencionada a capacidade de atendimento em cada uma das três salas de intensivismo, no entanto, não foram discriminados os aparelhos nem tampouco o número de pessoas que ocupam o local.

Conforme já referido, as salas de cuidados intensivos apresentam, no mínimo, seis incubadoras, com possibilidade de atender a três bebês em ventilação mecânica simultaneamente o que reduz, consideravelmente, o espaço para circulação. Durante

um turno de trabalho permanecem na sala pelo menos duas auxiliares, uma enfermeira e dois a três pediatras. A todo o momento adentram a sala as equipes do laboratório, radiologia (acompanhada de seu aparelho “portátil” de RX), lactário, banco de sangue, serviço social, entre outras. Desta forma, em algumas ocasiões é possível verificar a presença de até dez pessoas dividindo espaços com os familiares que se esforçam para aproximar-se dos recém-nascidos.

Sendo assim, diante de um ambiente com espaços tão “disputados”, é compreensível que os pais manifestem dificuldades em permanecer junto aos filhos. Todavia, na percepção das auxiliares, a introdução de uma cadeira para a mãe sentar ao lado da incubadora poderia favorecer sua presença na sala.

Jasmim e Rosa relatam suas percepções a respeito dos sentimentos dos pais neste ambiente:

Os pais não se sentem bem na UTI por ser um ambiente pesado.
Jasmim

(...) entrar numa UTI deixa as mães assustadas. Rosa

As constatações destas auxiliares de enfermagem reforçam o que refere Carvalho (2001, p.26): “O ambiente da CTI, tão peculiar para os profissionais de saúde, é percebido pelos pais como assustador (...)”.

De acordo com a mesma autora, esta percepção dos pais em relação ao ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal dificulta o reconhecimento do bebê como seu, podendo, desta forma, ser um dos fatores que os afastam da Unidade e, portanto, dos cuidados ao filho.

Assim,

O ambiente da CTI pode ser um dos fatores que mobiliza o distanciamento físico e emocional dos pais, percebido quando eles não visitam o filho, não o tocam ou, quando o contato ocorre, é frágil e rápido (CARVALHO, 2001, p.102).

Por outro lado, Cresti e Lapi (1997) constatam que quando o hospital oferece à mãe um espaço acolhedor e protetor, leva-a a também proteger seu bebê. Para os autores a estrutura hospitalar, em seu conjunto, pode representar um papel significativo nas relações mãe-bebê, interpondo-se na qualidade desta interação. Elucidando suas concepções referem-se à instituição hospitalar como um “envelope”, que contém e protege a dupla mãe-bebê.

Tais concepções são especialmente relevantes a partir do que observa Boca-de-leão, a respeito das impressões dos pais sobre os cuidados que o bebê recebe:

(...) para eles é o hospital que está cuidando do filho deles.

Sendo assim, é preciso considerar a hipótese de nem todos os pais estarem preparados e/ou dispostos a participar dos cuidados de seus filhos.

Para Collet e Rocha (2000, p.58) :

Não se sabe se os pais realmente estão se sentindo preparados para assumir esta responsabilidade. Indo além, afirmar que os pais e enfermeiros negociam as funções no hospital satisfatoriamente é bastante questionável, já que não há um conhecimento mútuo das expectativas de ambos.

Deste modo, na concepção de Azaléia, a intensidade ou frequência da presença dos pais no intensivismo neonatal deve depender de sua própria vontade, pois,

(...) se a mãe deve estar presente ali o tempo todo, eu acho que isso deve ser perguntado a ela, se ela quer ficar ou não, deve-se respeitar a vontade dela (...).

Diante das manifestações das auxiliares de enfermagem acerca de suas percepções sobre o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a permanência dos pais dos bebês, julguei igualmente relevante conhecer suas impressões a respeito de seu cotidiano de trabalho neste mesmo espaço. Para isso, durante as discussões do grupo, foram introduzidas questões que versavam sobre seus sentimentos com relação à prática assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Presidente Vargas.

Assim, durante os encontros, pude escutar opiniões como:

(...) o HPV já é uma fonte de stress para mim, principalmente a UTI neo. Jasmim

O estresse manifestado pela auxiliar como decorrência do ambiente da instituição como um todo e, especificamente, da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pode estar, paralelamente, revelando características de seu cotidiano de trabalho.

Segundo Menzies, citado por Huerta (1984), os serviços de enfermagem refletem um grande isolamento entre seus membros em decorrência da falta de apoio ao indivíduo nos relacionamentos com superiores, colegas e pacientes. Assim, de acordo com o autor, nos ambientes de trabalho cada um executa seus deveres com uma percepção mínima dos colegas.

Por sua vez, Alves e Jouclas (1997), ao refletirem sobre o trabalho dos auxiliares de enfermagem, observam que o mesmo é “sempre emergencial”.

Deste modo, ao concordar com os autores citados, percebo que, no cotidiano de trabalho destes profissionais, encontram-se sobrepostos fatores ambientais e interpessoais, além dos pessoais, impossíveis de serem deslocados; o que pode contribuir para tornar seu dia-a-dia extremamente desgastante e, por conseguinte, tornar o trabalho meramente técnico e impessoal.

Assim, no decorrer das discussões em grupo, as auxiliares verbalizaram as dificuldades referidas anteriormente, fazendo menção, inclusive, a episódios de disputa como relata Jasmim:

Eu acho que existe competitividade também entre os auxiliares de enfermagem (...) acho que tem mais competitividade entre os colegas do que com os pais.

A presença da enfermeira no ambiente de cuidado também gerou manifestações:

Essa parte de competitividade eu acho que tem muito mais de auxiliar para enfermeira do que de auxiliar para auxiliar ou de auxiliar para mãe, nada pessoal, mas em relação ao cuidado (...) eu respeito à hierarquia, mas a enfermeira tem que me provar que está certa. Orquídea

Para melhor analisar a afirmação de Orquídea, julgo necessária uma pequena explicação sobre o processo de introdução das enfermeiras no local do estudo, pois, durante o período em que compus a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, percebi que a competitividade entre auxiliares e enfermeiros é “histórica”.

Por ocasião de sua criação, a Unidade contava apenas com uma enfermeira que coordenava um grupo de aproximadamente trinta auxiliares de enfermagem. No entanto, com a ampliação e modernização do serviço foi necessária a introdução de um número

maior de profissionais de nível técnico e superior, o que originou alguns desacordos. O grupo original, já acostumado a trabalhar sem supervisão direta e, portanto, crédulo de sua auto-suficiência no atendimento a recém-nascidos, não recebeu com entusiasmo os novos colegas e, especialmente, as novas enfermeiras do setor, chegando ao extremo de desconsiderar sua presença e competência. A partir disso, teve início um processo crescente de hostilidade entre auxiliares e enfermeiras, que perdura até o momento, apesar de serem poucos os profissionais remanescentes à época da abertura da unidade.

Diante disto, considerando as pesquisas já realizadas juntamente às percepções manifestadas pelos sujeitos do presente estudo, acredito que os aspectos aqui enfatizados podem ser alguns dos fatores deflagradores do estresse percebido no ambiente, seja por parte das equipes de saúde, seja pelos pacientes e familiares atendidos.

É interessante ressaltar que, durante os encontros, algumas auxiliares assumiram, espontaneamente, uma postura que as distanciou do grande grupo de auxiliares de enfermagem do Berçário. Ou seja, enquanto expressavam suas opiniões e/ou percepções a respeito dos assuntos discutidos, estas participantes pareciam não pertencer ao contexto ou, pelo menos, não apresentar as condutas referidas.

No entanto, tendo participado, intensa e intimamente, do cotidiano de trabalho no local do estudo e, portanto, reconhecendo as dificuldades por que passam os profissionais dispostos a realizar suas atividades de uma forma mais “humanizada”; entendo as posturas destas auxiliares ao desejarem observar o contexto “de fora” e de, quem sabe, intimamente, não precisar pertencer a ele, submetendo-se às suas, já referidas, limitações e imposições.

Cabe ainda referir que, o posicionamento crítico do grupo em relação às disparidades percebidas nas instituições públicas e privadas não ficou restrito à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Presidente Vargas. Em suas abordagens as auxiliares demonstraram conhecer a inserção destes locais no contexto geral dos serviços públicos e manifestaram suas opiniões a respeito, da seguinte forma:

(...) a gente trás toda aquela bagagem de funcionário público, qualquer coisa que não saia de acordo é porque o hospital é público, e isso a gente nota até nas escolas públicas, agora melhorou porque diminui o número de funcionários públicos. Eu quando vim trabalhar aqui fiz questão de vir para dar um atendimento de qualidade, para melhorar um pouquinho esta média, pra conversar mais. Temos que tentar reverter este quadro, mas tem gente que ainda nos puxa para trás. No meu entender, as coisas continuam como antes, apesar de todas as medidas adotadas – Hospital Amigo da Criança (...). Azaléia

Assim, acredito que na busca por uma relação mais intensa, efetiva e tranqüila entre pais e profissionais no ambiente do cuidado intensivo neonatal, conforme postulado pela filosofia da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, é essencial que os auxiliares de enfermagem, bem como as demais equipes, intensifiquem a percepção de que este espaço, apesar de indispensável ao recém-nascido de alto risco, pode ser, ao mesmo tempo, desconhecido, hostil e estressante aos familiares e profissionais de saúde.

3.2 A presença dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Na percepção das auxiliares de enfermagem, os pais são importantes ao recém-nascido e devem fazer parte dos seus cuidados.

No entanto, entre o grupo, não há consenso com relação aos sentimentos despertados a partir da presença dos pais junto aos filhos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Da mesma forma, mães e pais, não são igualmente considerados. Houve uma nítida distinção entre as figuras materna e paterna durante as discussões no grupo.

Assim, para tornar mais claras as opiniões das auxiliares a respeito da presença dos pais, o tema foi dividido em dois subtemas que visam contemplar as posições relativas às mães e aos pais individualmente.

3.2.1 As contradições em relação à presença das mães no ambiente de cuidado neonatal.

A presença materna foi percebida pelo grupo como necessária ao bebê, mas, ao mesmo tempo, nem sempre bem-vinda na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Eu acho super-importante ter o pai e a mãe ao lado do bebê.
Rosa

Eu não gosto muito da presença das mães, não neste horário livre (...). Onze-horas

Estas impressões contraditórias permeiam o cotidiano de trabalho dos auxiliares de enfermagem determinando posturas diferenciadas nestes profissionais.

Dias (2001) observa a existência de uma duplicidade de significados envolvendo a família e os cuidadores que ora a vêem como aliada, ora como fator complicador.

Da mesma forma, Collet e Rocha (2000) relatam que as enfermeiras valorizam a presença dos pais e percebem que devem incluí-los no cuidado, entretanto muitas agem de forma ambígua, aceitando-os ou rejeitando sua presença.

Tais contradições foram evidenciadas pelo grupo ao inferirem que, na mesma medida em que a mãe acalma o bebê, sua presença perturba as atividades de trabalho.

Eu noto que quando a mãe não aparece eles (os bebês) estão mais estressados. Orquídea

(...) elas (as mães) ficarem na sala o tempo todo me incomoda.
Margarida

Pedroso (2001), ao pesquisar as crenças da equipe de enfermagem acerca do cuidado à família em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, observou que os profissionais reconhecem a importância da família ao lado do bebê, mas detectou também que o convívio com os familiares torna difíceis as relações interpessoais.

Diante disso, a expressão “me incomoda”, referida por Margarida, pode ser compreendida de duas maneiras: a mãe incomoda porque “vigia” o trabalho ou porque, apesar de presente, “não dá atenção ao filho”, sendo apenas uma presença “figurativa”.

A idéia de que a mãe “só faz número” dentro da Unidade, “não dando atenção ao filho”, foi evidenciada nas falas de Margarida:

(...) tinham que ficar porque é importante para o bebê, acontece que elas (as mães) não ficam junto, ficam só fazendo número dentro da UTI.

(...) a mãe começa a me incomodar porque não está dando bola para o filho (...).

Carvalho (2001, p.102) observa que alguns pais “são lacônicos em sua expressividade e, geralmente, preferem olhar o filho de longe ou prestar atenção aos outros bebês internados”.

Em busca de explicações para tais atitudes, Belli (1995) aponta três estágios pelos quais os pais passam no processo de desenvolvimento do apego. De acordo com a autora, os primeiros movimentos dos pais em direção aos filhos são cautelosos e o toque, quando ocorre, é feito apenas com a ponta dos dedos. Após, os pais começam a expressar sentimentos mediante a compra de roupas e brinquedos e, por último, começam a visitar os filhos regularmente. Nesta última etapa os pais sentem-se mais

capacitados a cuidar dos filhos, e realmente o fazem, se lhes for concedida esta oportunidade.

Por sua vez, Brazelton (1988) também admite a existência de estágios nas relações iniciais dos pais com os bebês e com o ambiente. Segundo o autor, a princípio, o interesse dos pais parece estar centrado nas informações médicas, passando, aos poucos, a focalizar-se nas manipulações do bebê por parte das equipes o que os levará, em uma etapa mais tardia, a também manipular e estimular o filho.

De acordo com Carvalho (2001), este processo de aproximação entre pais e filhos pode provocar uma má comunicação equipe-família, levando à perda de controle e a um relacionamento difícil. Ou seja, a equipe que não possui uma percepção clara da situação, pode julgar que os pais são “complicados”, oferecendo-lhes um tratamento agressivo, limitando o diálogo e reduzindo os recursos de interação e comunicação, indispensáveis para que a família sinta-se inserida no ambiente e no cuidado.

Desta forma, a partir das afirmações acima, observo que as atitudes de distanciamento, momentâneas ou não, apresentadas pelas mães podem determinar nos profissionais a falta de estímulo em incluí-las no cuidado, pois,

(...) ela (a mãe) vem ali e olha (o bebê) e eu nem dou bola, se ela vem ou não vem tanto faz. Onze-horas

Às vezes a gente acha que elas poderiam tratar melhor aquele bebê, e tu puxa, puxa e nada, então eu não estímulo mais, dou afeto para o bebê e pronto. Margarida

Cresti e Lapi (1997, p.160) perceberam que, por vezes,

(...) a equipe de saúde se identifica demais apenas com o bebê, oferecendo-lhe cuidados adequados, imediatos e afetuosos, mas negligencia as necessidades particularmente mentais de dependência e de cuidados da mãe, com quem estabelece uma relação de oposição. Segue-se, portanto, uma incapacidade de atender, ao mesmo tempo, mãe e filho.

Do mesmo modo, Pedroso (2001) refere que o profissional de saúde, por acreditar que é responsável pelo bebê, limita sua perspectiva de cuidado, centrando toda sua assistência na criança em detrimento de seus pais.

Por outro lado, algumas auxiliares manifestaram compreender as posturas distantes adotadas pelas mães e às relacionaram às deficiências na orientação recebida no ambiente hospitalar.

Eu acho que o fato dos pais ficarem o tempo todo na UTI (...) em roda da incubadora o tempo todo e não tocar nos filhos é falta de orientação. Jasmim

Desta forma, as auxiliares demonstraram empatia⁷ com a situação vivenciada pelas mães que tem seus filhos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, manifestando compreensão também por suas atitudes em relação à equipe, bem como pela frequência de visitas aos filhos.

(...) esse relacionamento delas com a gente de serem meio ariscas, não é falta de educação, é que elas não sabem o que está acontecendo. Rosa

Tu não sabes quantos filhos ela tem em casa, tu não sabes a história dela, um monte de coisas (...) Boca-de-leão

Para Gonzales, Beck e Denardim (1999) a empatia é o instrumento mais valioso utilizado pela equipe de enfermagem para a comunicação com seus pacientes.

Por sua vez, Gomes (1992) denomina “solicitude” esta maneira do profissional se relacionar com os pacientes, permitindo que os mesmos tenham seu ritmo próprio e amadureçam para compreender as coisas ao seu redor.

⁷ Empatia é a habilidade de entender o que a outra pessoa experencia e por que ela reage de maneira peculiar (BOTTEN citado por CARRARO; RANDUZ, 1996, p..51)

Com relação à importância da orientação aos pais no estímulo de sua permanência junto aos filhos, Guareschi e Martins (1997, p.421) referem que:

Quando os pais estão devidamente informados sobre a hospitalização e procedimentos realizados com seus filhos, estão mais capacitados para superar a experiência da hospitalização, acompanham de perto os filhos e fazem mais perguntas sobre a doença e sobre os procedimentos.

De acordo com Kurcgant (1991), a orientação e a informação, tranquilizam o indivíduo, que, ao ter suas dúvidas esclarecidas, sente-se mais seguro e confiante.

Collet e Rocha (2000) apontam para a necessidade das famílias de crianças hospitalizadas entenderem o tratamento, os riscos da doença, a expectativa do tempo de hospitalização, a natureza dos procedimentos e de que forma podem participar do cuidado.

Para Fischer, citado por Nascimento e Martins (2000), o acesso às informações é um direito, e tem igual valor que a categoria do direito à vida.

Todavia, o que observo frequentemente no cotidiano de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é a dificuldade que as mães (e pais) enfrentam ao buscar e receber informações a respeito da evolução de seus filhos.

Acredito que tais dificuldades podem estar relacionadas ao fato de, no dia-a-dia destas Unidades, o recém-nascido ser o principal personagem. Assim, as atenções voltam-se, prioritariamente, a ele sendo diretamente proporcionais às suas necessidades clínicas, ficando as famílias relegadas ou atendidas mediante esta mesma condição, ou seja, de coadjuvante no cenário de cuidado.

Do mesmo modo, na percepção das auxiliares de enfermagem, o bebê representa um papel de destaque no ambiente de cuidado. Porém, o grupo divisou, igualmente, a

exclusão, bem como a necessária inclusão, das famílias neste contexto, conforme relata

Rosa:

(...) quando elas (as mães) entram ali ninguém conversa com elas (...) eu não sou muito de conversar, mas o que eu posso passar para elas eu passo. Só que a gente vê que as coisas não são assim, claro que o bebê que tá ali é o principal, só que tu tens que ver a mãe, tu não podes separar uma coisa da outra.

Da mesma forma, reconheço que as singularidades do contexto do intensivismo, que conta com os préstimos de um grande número de profissionais pertencentes às mais diversas áreas, também dificultam o acesso dos pais às informações, na medida em que estes últimos perdem a noção de quem é, afinal, o responsável pelo tratamento de seu filho.

Collet e Rocha (2000), apontam a multiplicidade de profissionais que estão envolvidos no cuidados das crianças e que, portanto, entram em contato com suas famílias, como um dos fatores que dificultam a comunicação entre pais e equipes. Para os autores esta característica do cuidado neonatal, contribui ainda para o afastamento dos pais, deixando-os mais ou menos inseguros quanto aos cuidados que podem desenvolver junto a seus filhos.

De acordo com Gomes (1992), por vezes as informações parecem não verdadeiras aos pais, uma vez que estes, freqüentemente, deparam-se com informações dúbias, fornecidas por pessoas diferentes.

Por outro lado, Nascimento e Martins (2000, p.204), ao abordarem os questionamentos da família na Unidade de Terapia Intensiva referem que:

“Muitas vezes, quando a família começa a questionar muito, solicitar mais informações é vista como sujeitos que não confiam na equipe e que passam a interferir nos cuidados feitos pela equipe de saúde”.

A afirmação de Orquídea ilustra a citação anterior:

O problema da informação dos médicos para as mães é que se elas não procuram é porque não estão interessadas e se procuram incomodam.

Desta forma, o grupo percebe que os médicos não se mostram solícitos ao atender às indagações dos pais dos bebês. Acredito que esta constatação possa estar relacionada ao fato das famílias serem, em sua maioria, desprovidas de pré-requisitos intelectuais para entender com maior facilidade as informações destes profissionais que, de forma geral, não dispõe de tempo nem disposição para repetir as orientações.

O fato de tu ver a mãe internada e querendo falar com o médico para saber a respeito do bebê e o médico não aparece, e quando aparece ainda parece uma hiena que não sabe dizer nada com nada. Jasmim

Para o cotidiano de trabalho das auxiliares, os questionamentos das mães representam um transtorno, pois,

As mães fazem perguntas para ti, perguntam para o médico, qualquer um que entre elas perguntam como é que está o nenê, desde a faxineira elas ficam perguntando, e isso atrapalha. Onze-horas

Domingues et al. (1999) observam que para a equipe de enfermagem que atua em Unidade de Terapia Intensiva, atender a todas as necessidades que cada membro da família necessita é um grande desafio, já que estas variam de um indivíduo para outro e os profissionais possuem tempo escasso por estarem em constante vigilância ao paciente crítico.

Do mesmo modo, Pedroso (2001) constatou em seus estudos com a equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, que a falta de tempo dos profissionais é um dos fatores que limitam ou até impedem o cuidado às famílias.

Outro fator relevante apontado pelo grupo como obstáculo para a efetivação do processo de comunicação entre profissionais e familiares é o nível sócio-cultural dos pais dos bebês.

As diferenças sócio-culturais de nossas mães dificultam as informações. Onze-horas

(...) a gente fala, mas o QI delas não alcança, não adianta falar termos técnicos, tem que usar termos mais grosseiros e às vezes não adianta, não entra, é ignorância mesmo. Boca-de-leão

Claro que tudo tem seu nível né, (...) tem pessoas que tem que falar com uma certa cautela, a gente fala que o nenê tá sujo, as mães falam que ele tá c... mesmo. Orquídea

Lemos e Rossi (2001, p. 349) referem que “a utilização de termos específicos à determinada cultura pode gerar mal-entendidos e contribuir para a atribuição de significados diferentes para o médico e para o cliente”.

Da mesma forma, Gomes (1992, p.56), relata as dificuldades das mães em decodificar o linguajar técnico do médico e assim entender as informações recebidas. Acrescenta ainda que, “os pais necessitam informações repetidas, freqüentes e atualizadas sobre as condições e tratamento do filho, de forma que elas possam entender”.

Assim, entendo que para que ocorra uma adequada comunicação entre equipes e famílias é necessário, além da disponibilidade em falar e escutar, que este processo seja permeado por empatia, confiança e respeito.

Costenaro (2001, p.57) sustenta a observação acima:

A comunicação dos profissionais com os membros da família do recém-nascido exige clareza, simplicidade e apoio mútuo. A comunicação deve estar inserida em um clima de empatia em que o profissional demonstra capacidade de escutar.

No entanto, o que observo no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Presidente Vargas é que fatores como a falta de tempo, decorrente da sobrecarga de trabalho das equipes, aliados à percepção de que os pais apresentam dificuldades no entendimento das informações devido às diferenças sócio-culturais, determinam falhas ou mesmo impedimento das orientações.

Deste modo, concordo com Lemos e Rossi (2001, p.349) quando referem que:

Muitas vezes a informação é fornecida a partir da compreensão que o profissional tem do processo da doença, mas não é compreendida pelos clientes e familiares, contribuindo para a manutenção do medo do desconhecido que envolve o dia-a-dia dos clientes e familiares na CTI.

Da mesma forma, Domingues et al. (1999), mencionam que apesar da busca por uma assistência holística, o que se observa na prática é a pouca atenção dada às necessidades psicossociais, principalmente no que diz respeito às famílias.

Com relação ao profissional responsável pelas orientações aos pais Kurcgant (1991) indica que as informações sobre o estado do paciente, diagnósticos, condições e necessidades devem ser feitas pelos diferentes profissionais que atuam na unidade. Ao médico cabem os esclarecimentos sobre o diagnóstico, mas o familiar manifesta necessidade de falar e saber sobre tudo o que diz respeito ao paciente, o que requer o envolvimento das demais equipes.

Domingues et al. (1999) acrescentam que a equipe multiprofissional deve estar capacitada para esta orientação. Segundo as autoras, cada elemento deverá estar consciente sobre o desenvolvimento de seu papel no momento de fornecer informações à família.

Entretanto, em suas discussões, as auxiliares relataram a “preferência” das mães em receber as informações sobre seus filhos do profissional médico, conforme afirma Orquídea:

(...) era uma coisa bem simples, mas dentro da ignorância dela, ela achava que era o médico que deveria dizer, a sorte é que era um médico legal que foi lá explicou tudo (...).

Do mesmo modo, Belli (1995) observou em sua pesquisa que a maioria das mães referem o médico como aquele mais indicado para fornecer qualquer informação; segundo a autora, as mães sentem-se mais seguras ao esclarecer suas dúvidas com este profissional, por ser ele o centralizador do atendimento ao recém-nascido.

Todavia, apesar da referida “preferência” pelo médico para fornecer as informações, as mães assumem uma atitude submissa diante deste e dos demais profissionais da Unidade, conforme a percepção de Orquídea:

As mães nos endeusam com relação aos cuidados do bebê, pois nós estudamos para isso.

Reforçando esta constatação, Gomes (1992) relata que os pais consideram os profissionais da Unidade competentes e hábeis no cuidado ao recém-nascido.

De acordo com Dias (2001) as famílias tem a percepção de que a assistência dentro do hospital deve ser realizada, exclusivamente, pelos profissionais, o que faz com que muitos deles se afastem do cuidado no ambiente hospitalar.

Carvalho (2001) menciona que no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, fica difícil aos pais ouvirem que sua presença é importante para o bebê e atribui tal dificuldade à sensação de incompetência experimentada diante da equipe.

Da mesma forma, Collet e Rocha (2000, p.58) referem que:

(...) a família, percebendo que o enfermeiro encontra-se em uma posição de poder ou autoridade, pode hesitar em questionar qualquer recomendação dada ou decisão tomada, tendo em vista o que é melhor para a criança.

Os mesmos autores ainda mencionam que na relação entre pais e equipe de enfermagem a proporção do poder está a favor dos últimos, uma vez que estes detêm o controle do território e também das informações.

Apesar disso, as auxiliares participantes do estudo afirmaram estimular as mães a permanecer na Unidade e participar do cuidado aos filhos.

Eu acho que quando a mãe fica um tempão sem vir ela deve ser estimulada, toca, pega (...) até tiro da incubadora, faço um teatro para ela ver que é importante e se aproximar mais. Boca-de-leão

No entanto, Carvalho (2001, p. 105) alerta que “na ansiedade de estimular a proximidade dos pais com o recém-nascido, a equipe não permite que haja um tempo para eles se acostumarem com a situação e com a aparência do filho”.

O contraponto apresentado pela autora pode ser evidenciado no que relata Jasmim:

(...) eu já vi internar de manhã cedo (o bebê) e o médico explicar e ela (a mãe) não assimilar, aí chega de tarde e ela fica apavorada porque tem um caninho a mais ou a menos, já querem saber o que aconteceu, aí a gente pergunta: já conversou com o médico? Elas dizem que sim, mas que não prestaram atenção.

De acordo com Gomes (1992, p.59):

Os pais percebem que lidar com vários profissionais para informações sobre o estado de saúde de seus filhos é complicado, gerando, às vezes, informações inconsistentes. Em outras situações estas informações não são apresentadas no momento certo ou são muito técnicas ou muito detalhadas para eles entenderem.

Da mesma forma, Nascimento e Martins (2000) referem que os familiares devem ter acesso às informações referentes à saúde dos pacientes, seu diagnóstico, bem como à terapêutica necessária. No entanto, de acordo com as autoras, isto não acontece muito na prática e “muitas informações são omitidas”.

O episódio vivenciado e relatado por Jasmim confirma as citações acima:

(...) o médico chegou e disse para a mãe que o nenê estava bem e que só ia fazer alguns exames e se estivesse tudo bem ele iria sair. A mãe já ficou satisfeita com isso, e logo em seguida ele (o médico) resolveu pedir um raio X por que tinham visto um sopro no nenê, e isso foi omitido da mãe. Eu, óbvio, fui lá e avisei a mãe: Olha o teu nenê vai descer para fazer um raio X. E ela me disse: que eu saiba quem faz raio X é porque está com alguma coisa quebrada, quebraram algum osso do meu nenê? Olha o nível cultural... Pôxa, se ele tivesse dado a informação correta desde o início não teria acontecido isso.

A partir do relato de Jasmim é possível resgatar as referências feitas anteriormente a respeito da distinção no atendimento oferecido às mães usuárias do Sistema Único de Saúde em relação àquele recebido pelas atendidas em Instituições privadas.

Segundo Huerta (1984) as famílias sofrem discriminações de diferentes naturezas, da mesma forma que sua prática de cuidado, em decorrência de fatores sociais e do baixo nível sócio-cultural.

Assim, na percepção das auxiliares, a informação foi omitida devido às condições sócio-culturais da mãe em questão, pois, conforme complementa Jasmim,

(...) como é SUS a gente é obrigada a omitir informações, eles (os médicos) por sua vez falam aquilo que acham que a mãe vai entender e essa é a diferença em relação ao SUS, que vem lá de cima, não é só de nós, vem dos médicos, os preceptores falam pros médicos: não isso não precisa, se der bom a gente nem fala para a mãe.

Desta forma, as auxiliares demonstram preocupação tanto com a veracidade e qualidade das informações recebidas, quanto com a assimilação destas orientações, por acreditarem que estes “detalhes” interferem diretamente na permanência das mães junto aos filhos.

É necessário lembrar que, na condição de hospital-escola, o Hospital Presidente Vargas conta com profissionais em formação e recém-formados para prestar atendimento aos pacientes. Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, embora a entrada destes profissionais seja restrita devido às peculiaridades do setor, a rotatividade, especialmente de médicos residentes e doutorandos, é extremamente alta. Da mesma forma, é pertinente ressaltar que, para os residentes, a passagem pelo Berçário é obrigatória o que torna este período particularmente difícil para aqueles que não pretendem especializar-se em Neonatologia.

Deste modo, como enfermeira da referida unidade por quase sete anos, pude observar que a sucessão de grupos de residentes e, mais recentemente, de doutorandos, tornou a comunicação com os pais um processo lento, embaraçoso e pouco eficaz, o mesmo acontecendo com a comunicação entre as equipes.

Atribuo este fato às características, já mencionadas, apresentadas pela instituição no que diz respeito à demanda de atendimentos. Acredito que no período de residência

médica devam ser priorizadas as situações de ensino e pesquisa, que visem especializar o profissional na sua área de interesse. No entanto, o que percebo no dia-a-dia destes “jovens médicos” é que lhes é exigida uma capacidade extraordinária de atender a uma incessante e crescente demanda de pessoas doentes. Sendo assim, admito que, mesmo diante de uma “boa dose” de boa-vontade e de profissionalismo por parte destes, e de tantos outros profissionais, as condições expostas pelo contexto não favoreçam um atendimento de forma holística e humanizada.

Assim, concordo com Belli (1995, p.206), que ao buscar conhecer os sentimentos e expectativas das mães de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, observou:

A ausência de informações e orientações relatadas por muitas mães, os obstáculos impostos por normas e rotinas da instituição que dificultam a interação precoce com o filho recém-nascido, a não possibilidade de cuidar do que lhe pertence, e, principalmente, a alienação dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente com a assistência ao binômio, fizeram parte do arsenal utilizado pelos profissionais da equipe para desumanizar a assistência recebida pelas mães dos bebês.

A impressão de que a mãe vigia o trabalho também foi referida pelas auxiliares como um fator desagradável no ambiente e para o desenvolvimento de suas atividades.

Não gosto de fazer as coisas com as mães me olhando (...) me sinto vigiada. Margarida

(...) as mães tiram tua liberdade. Onze-horas

(...) a mãe me incomoda porque ela fica olhando meu trabalho. Onze-horas

Ao refletir sobre esta percepção do grupo, observei que a sensação de vigilância por parte dos pais pode estar igualmente relacionada à falta de orientação. Ou seja, os

familiares que passam a conviver dentro das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, não são adequadamente informados a respeito de suas possíveis atribuições junto aos bebês, ficando, desta forma, absortos pela dinâmica intensa da Unidade, o que inclui as rotinas da equipe de enfermagem.

Por outro lado, enquanto em algumas ocasiões a mãe não é bem-vinda junto ao filho, em outras ela “não atrapalha” e “até ajuda” a cuidar dos bebês.

A mim a mãe não incomoda em nada (...) se ela está na minha frente eu só peço para ela passar para o outro lado, vou ajeitando as coisas. Orquídea

(...) a mim a mãe não atrapalha, pra mim é indiferente, o que tiver que ser feito vai ser feito (...) se ela sair ou ficar tanto faz. Boca-de-leão

Mediante estas verbalizações as auxiliares expressaram sua indiferença com relação à presença da mãe no ambiente. Tal atitude pode sugerir ainda a sensação de onipotência do profissional em relação ao recém-nascido, excluindo sua mãe do contexto, do ambiente e do cuidado. Devido à singularidade deste tema, a possessividade do profissional pelo bebê será apresentada no item seguinte.

Já ao considerar que as mães “até ajudam”, as auxiliares indicam que dividem com elas os cuidados aos bebês.

(...) ela até ajuda a cuidar do bebê, eu até prefiro que ela esteja ali porque está cuidando dele (...). Onze-horas

No entanto, esta divisão ainda é parcial e condicional, conforme complementa sua fala Onze-horas:

(...) desde que ela não me atrapalhe.

Orquídea e Jasmim também admitem contar com o auxílio das mães, desta vez de forma incondicional:

(...) quando tem três bebês chorando e um tem a mãe do lado o que tu faz? Diz para a mãe agradar ele um pouquinho enquanto eu vou atender o outro que tá chorando e tá sozinho. Orquídea

Várias vezes eu pedi para as mães segurarem a sonda, trocarem a fralda, se aliarem no atendimento. O tempo que eu vou perder segurando a sonda eu posso dar atenção para aquele que tá chorando num canto e mãe não tá junto. Jasmim

Dias (2001) observa que quando é facultada à família a possibilidade de trabalhar em parceria com as enfermeiras, compartilhando cuidados simples, estamos favorecendo tanto a própria família, que se vê participante e útil no processo de cuidado, quanto os enfermeiros que passam a dispor de mais tempo para outras atividades.

Por outro lado, Lima, Rocha e Scochi (1999) lembram que a partir do momento que a equipe de enfermagem delega às mães determinadas tarefas junto aos filhos, passa a estar sujeita ao controle, o qual nem sempre é bem aceito ou compreendido.

Collet e Rocha (2000) acrescentam que os enfermeiros sentem-se em desvantagens ao compartilhar o conhecimento e as habilidades de enfermagem, principalmente aqueles que acreditam ser isto uma desvalorização de seu papel. Alertam que, qualquer mudança existente na estrutura de poder, que delegue mais poder aos pais, pode ser percebida pelos enfermeiros como uma ameaça.

No entanto, esta situação de poder do enfermeiro é relativa, uma vez que diante da equipe de saúde ele não detém a maior possibilidade de decisão. Assim, o poder do enfermeiro “oscila entre sua própria submissão e a submissão aos que dele dependem, desta forma o poder é exercido ora por uns, ora por outros na medida em que as relações vão acontecendo” (COLLET; ROCHA, 2000, p.61).

Martins citado por Nascimento e Martins (2000) verifica que grupos profissionais desenvolvem diferentes estratégias de poder num hospital de acordo com os seus recursos de prestígio, saber ou relações sociais.

É interessante observar que para os auxiliares de enfermagem a possibilidade de exercer algum tipo de poder é remota, uma vez que, dentro da equipe, este profissional está diretamente subordinado ao enfermeiro. Ampliando o contexto, a equipe médica também representa, de alguma forma, um agente opressor, na medida em que, muitas vezes, solicita (ou exige) do auxiliar as informações relativas à evolução do bebê, bem como as habilidades nos procedimentos necessários para seu atendimento.

Acredito que este “assédio” dos demais profissionais da equipe de saúde sobre os auxiliares de enfermagem deva-se à presença constante destes últimos junto aos pacientes. Percebo que, de forma geral, o enfermeiro que atua no cuidado neonatal está cada vez mais envolvido em atividades administrativas o que acaba por afastá-lo do atendimento direto aos bebês, salvo em casos de procedimentos considerados como de sua atribuição exclusiva.

Da mesma forma observo que, embora a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas conte com um grupo de dezessete enfermeiras e uma supervisora, responsável pelas atividades administrativas, os auxiliares de enfermagem realizam a maior parte dos cuidados diretos aos bebês. Neste contexto, penso que o afastamento das enfermeiras pode estar relacionado às dificuldades encontradas por este grupo em trabalhar em equipe; talvez o fato de “dividir” com os auxiliares o atendimento ao recém-nascido represente, para algumas, uma desvalorização de sua condição profissional.

Deste modo, diante das mães dos bebês os auxiliares vislumbram a chance de estabelecer uma relação de poder que o favoreça. Por sua condição de familiar, a mãe é concebida como alguém frágil e despreparada para cuidar do filho em situação de doença. Assim, os profissionais podem passar a considerar as mães “incompetentes” para atender as necessidades dos filhos enquanto internados, conforme afirmam Orquídea e Jasmim:

Eu sei o que é melhor para ele (o bebê), mas a mãe sabe do afeto. Orquídea

(...) o nenê nasce e as primeiras pessoas que vêem o nenê é a gente, antes dos familiares, a gente por ter mais experiência já sabe o que fazer (...). Jasmim

Por fim, o grupo observou que, além das dificuldades peculiares ao momento em que vivem, as mães sofrem discriminações seja pelas atitudes junto aos filhos, seja pelas características pessoais manifestadas ou, novamente, por sua condição sócio-econômica.

As idéias de Jasmim e Orquídea ilustram esta constatação:

Vejo discriminação dos pais dentro da UTI, pela maneira como se vestem, como tratam o bebê, se elas ficam muito ou pouco tempo (...). Jasmim

(...) normalmente quando as mães não aparecem tu já fica olhando ela torto, já rotula. Jasmim

Muitas vezes a mãe é de um nível sócio-cultural baixo então as pessoas rotulam de tigras. Orquídea

Percebo que, na prática, a discriminação identificada pelo grupo se manifesta a todo instante não só nos limites da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal como na de Internação Neonatal e, ousou inferir que, na instituição como um todo. Observo que, diante das características, exaustivamente referidas, da população atendida no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas os profissionais de saúde, assim como as demais

equipes, tendem a estabelecer relações, muitas vezes “cruéis e absurdas” como, “roupa suja ou rasgada = incapacidade para cuidar do filho”. Ou seja, a situação econômica da mãe é indicativa da maior ou menor capacidade para cuidar do filho.

Assim, na busca pelo equilíbrio entre o estímulo constante à permanência das mães, o respeito pelo tempo necessário para sua adaptação à situação de ter um filho recém-nascido internado, assim como pela sua disposição em participar do cuidado e pelas suas posturas e saberes individuais, considero adequado o que sugere Carvalho (2001, p.31) com relação à atuação da equipe de enfermagem:

A equipe de enfermagem, empenhada em oferecer um suporte tangível à díade mãe-filho, não atua querendo substituí-la completamente, mas dando-lhe a possibilidade de expressar suas próprias capacidades. Nesta situação a mãe e seu recém-nascido são cercados pela presença discreta e não intrusiva da equipe.

Desta forma entendo que seja possível estabelecer com as mães uma relação que favoreça, prioritariamente, aos bebês, que constituem o elemento mais vulnerável deste cenário de cuidado; e que, do mesmo modo, “suavize” e estimule o convívio entre profissionais e familiares.

3.2.2 A percepção da figura paterna no ambiente de cuidado neonatal

Ao longo das discussões em grupo as auxiliares expressaram, de forma clara e veemente, suas opiniões a respeito da presença das mães junto aos recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. No entanto, com relação à figura paterna, foi necessário estímulo da pesquisadora para que a mesma fosse incluída nos debates.

Brazelton e Cramer (1992) reconhecem a exclusão dos pais durante a gestação e no cuidado dos filhos e observam que a mesma tem raízes profundas em práticas históricas e culturais muito difundidas.

Da mesma forma, Espírito Santo (2000, p.13) aponta distinções entre as figuras materna e paterna no decorrer do ciclo gravídico-puerperal observando que:

A sociedade ocidental determinou esteriótipos (...) sendo a mãe uma figura onipotente e o pai ausente. O processo de gestação, parto e cuidados com o bebê dizem respeito à mulher. Espera-se do pai um distanciamento e até indiferença com relação a esses assuntos.

Sendo assim, procurei alcançar a percepção das auxiliares sobre a presença dos pais junto aos filhos a partir da introdução nas discussões de questões do tipo: “e o pai, onde entra nessa história?”.

As manifestações do grupo a respeito da figura paterna revelaram que o pai é percebido como “discriminado e malicioso”.

A “discriminação” dos pais foi enfatizada por Jasmim ao comparar a “aceitação” da relação mãe-bebê e a “exclusão” da dupla pai-bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal:

Eu acho que o pai é discriminado (...) o pai não pode (permanecer com o filho) porque não é mãe, porque é mãe-canguru, porque quem faz a amamentação é a mãe (...).

Brazelton e Cramer (1992) consideram que os pais, durante longo tempo, foram descritos como ausentes e refratários em expressar emoções. Porém, admitem que tal descrição pode não ser estritamente verdadeira, embora constatem que, no passado, muitas crianças tinham a imagem de seus pais como alguém que não se dedicava explicitamente aos cuidados dos filhos.

Brêtas e Silva (1998), por sua vez, reconhecem que o amor materno, bem como outros sentimentos humanos, está sujeito a influências históricas e culturais. Observam, porém, que esta capacidade de amar não é exclusividade das mulheres, uma vez que os pais também amam seus filhos. Assim, segundo os autores, há uma paridade dos papéis materno e paterno no que tange aos cuidados dos filhos.

É interessante ressaltar que a exclusão referida acima não está limitada à figura paterna. Se uma das justificativas para tal reação do grupo em relação aos pais é a “utilidade” da mãe junto ao bebê, como por exemplo, no momento da amamentação, pode-se, perfeitamente, estender a adoção desta mesma atitude diante da presença dos avós e irmãos que, embora autorizados a entrar na unidade, não são percebidos como essenciais à recuperação dos bebês.

(...) a avó não pode pegar (o bebê) porque é visita, e o bebê tem que estar no colo da mãe, não no colo da avó (...). Jasmim

Considerando a situação de amamentação, Ziegel e Cranley (1985, p.443) referem que “a mãe passa a maior parte do tempo com o bebê e, no momento da amamentação, sua relação com o filho parece excluir o pai”.

A partir da afirmação acima é possível inferir que a própria mãe pode ser, de alguma forma, responsável pela exclusão do pai do cenário de cuidado dos filhos. Ao estabelecer com o filho uma relação estreita, a mãe pode, involuntariamente, afastar o pai.

No entanto, o grupo observa esta discriminação/exclusão como passível de ser minimizada a partir da mudança de atitudes dos profissionais, como, por exemplo, pelo estímulo à participação do pai nos cuidados com o filho:

(...) eu acho que a discriminação acontece por falta de orientação, por que se tu estimular aquele pai a ajudar a mãe e a cuidar do nenê (...) vai acabar esse negócio (...) ele vai tomar gosto pela coisa (...). Jasmim

De acordo com Jasmim, os pais revelam interesse em incorporar-se ao cuidados do bebê:

Eu já vi pai pedindo para trocar a fralda, fiquei abobada, saí correndo e dei a fralda pra ele na mesma hora, (...).

Já a percepção dos pais como “maliciosos” é expressa por Orquídea:

(...) é uma coisa bem complicada, não sei como explicar a parte pejorativa, os olhos, o olhar, a malícia dos homens, ele (o pai) desvia visivelmente, tu notas que ele tá mais interessado em observar aquela mãe que tá amamentando do que o bebê e a mãe do bebê dele.

Da mesma forma, Boca-de-leão observa o interesse dos pais pelas outras mães, bem como o constrangimento destas pela presença masculina no ambiente:

O homem fica curioso, principalmente quando tem mães 8 ou 80, com mamas muito grandes ou muito pequenas.

As mães ficam mais inibidas com a presença de homens na UTI.

As atitudes dos pais, conforme referidas pelas auxiliares, podem estar diretamente relacionadas às percepções de exclusão e discriminação expostas anteriormente. Ou seja, na medida em que a figura paterna é concebida como secundária nos cuidados aos bebês, os pais não recebem a devida atenção por parte dos profissionais. Deste modo, desorientados com relação a sua postura junto aos filhos, os pais passam a explorar o ambiente fixando-se em situações que lhe despertam interesse, como, por exemplo, a nudez parcial das mulheres durante a amamentação.

Assim, considerando as percepções das auxiliares e para sintetizar a questão da presença do pai no contexto do intensivismo neonatal, concordo com Ziegel e Cranley (1985, p.443) quando afirmam que: “Muitas vezes o pai é o membro mais esquecido da família do recém-nascido”.

Da mesma forma, considero relevante o que referem Brazelton e Cramer (1992, p. 50) com relação à escassez de estudos a respeito da paternidade:

Pode-se mesmo levantar a possibilidade de que o esquecimento do papel do pai por parte de tantos estudos, ao longo de tantos anos durante os quais a atenção dada voltou-se para a díade mãe-filho, tenha sido apenas mais um reflexo da tendência de excluir o pai da relação entre mãe e filho, tal como se revela nos estudos históricos e etnológicos.

Por fim, no contexto do estudo, percebo que a questão da presença do pai é muito peculiar. Talvez, também neste aspecto, as características da população atendida no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas tenham interferência, uma vez que nem sempre as mães desejam ou podem contar com a presença do pai de seus filhos.

Acrescento ainda que, no decorrer do período em que atuei na instituição pude perceber o crescente volume de casos encaminhados e acompanhados pelo Serviço Social do hospital. Diante disso, é possível deduzir que grande parte das famílias de recém-nascidos internados apresenta alguma dificuldade na manutenção de sua estrutura que pode, na minha opinião, ser gerada tanto pela presença quanto pela ausência do pai do bebê.

3.3 Da possessividade à impotência: a condição do auxiliar de enfermagem no ambiente de cuidado neonatal.

Neste item pretendo apresentar e refletir sobre as percepções das auxiliares de enfermagem acerca de sua condição profissional no contexto do intensivismo neonatal.

Conforme mencionado em capítulo anterior, a maior parte do contingente de pessoal da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é representada pelos auxiliares de enfermagem. Sendo assim, é inevitável que estes profissionais, ao realizarem suas atividades diárias, estabeleçam algum tipo de relação com as demais equipes, bem como com os familiares dos bebês. No entanto, neste ambiente, as relações interpessoais nem sempre acontecem de forma harmoniosa, seja pelas repercussões que o processo de doença e internação de um recém-nascido gera na família e nas equipes, seja pelo despreparo do profissional ao lidar com tais situações.

Gonzales, Beck e Denardim (1999) classificam as dificuldades de relacionamento entre profissionais e pacientes em dois grupos: as provenientes da própria pessoa como preocupações, problemas, estados de humor e tendência ao domínio e poder, e as oriundas do despreparo ou ausência de conhecimento.

Gomes (1992, p.57) acrescenta as especificidades do trabalho com recém-nascidos às dificuldades mencionadas,

A instabilidade do estado de saúde do recém-nascido leva também a equipe a vivenciar sentimentos de impotência, defrontar-se com a realidade de sofrimento e com a incerteza do diagnóstico e prognóstico daquele ser imaturo

Sendo assim, ao concordar com as autoras, admito que não é possível isolar o profissional que atende ao bebê da pessoa que interage com os pais.

Diante disso, e a partir das discussões que revelaram as percepções das auxiliares sobre a presença das mães e dos pais, assim como acerca do ambiente de cuidado, percebi que o grupo buscava ainda espaço para que as questões relativas a sua própria condição profissional fossem também desveladas.

Deste modo, durante os dois últimos encontros, as auxiliares foram estimuladas a estabelecer relações entre as situações vivenciadas pelas famílias e sua condição de profissional de saúde integrante do contexto.

As expressões do grupo a este respeito versaram em torno de três enfoques: autonomia, formação profissional e poder. Optei, no entanto, por apresentá-los em conjunto pela impossibilidade de individualizar aspectos originalmente imbricados.

Acredito que, como integrante da equipe, o auxiliar de enfermagem representa, além da maioria numérica, a “força motriz” indispensável à dinâmica de qualquer ambiente de cuidado.

Desta forma, conforme referido anteriormente, além de sua intensa atividade junto ao recém-nascido, este profissional precisa ainda atender às solicitações das demais equipes, como, por exemplo, dos enfermeiros, a quem estão diretamente subordinados, dos médicos que, com frequência dirigem a eles suas recomendações com relação aos pacientes e também das famílias, com quem mantém contato estrito.

A gente fica no meio de tudo isso, entre médico, enfermeiro, os pais e até que nossos pacientes não falam, mas tem as famílias (...). Boca-de-leão

A percepção das auxiliares de que estão entre as equipes e as famílias é também evidenciada por Onze-horas:

O auxiliar está no meio de tudo isso, é o “auxiliar-bolinha”.

Assim, as auxiliares reconhecem que seu trabalho se caracteriza como “meio de campo” e ao inseri-lo no ambiente de cuidado percebem com mais clareza sua amplitude e importância na continuidade das atividades diárias dos demais profissionais da unidade.

Eu acho que várias vezes quando a gente nota que a mãe já está se indignando porque o médico não veio falar com ela e tu ainda não teve tempo de dizer para a mãe o que tem no nenê e não o que o nenê tem, por que isso a gente pode dizer (...) e aí a mãe já está entrando em pânico aí tu dá um jeito e diz que aquilo é uma sondinha e isso já é o suficiente para ela não sair quebrando tudo e ir lá na Direção, é um meio de campo que tu faz, a gente acaba dando um jeito. Jasmim

Ciente de sua localização no contexto, o grupo passou a refletir sobre sua presença, bem como sua atividade, em um ambiente tão peculiar como a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

Durante as discussões do grupo, foram frequentes as manifestações a respeito das condutas dos diversos profissionais em relação aos recém-nascidos e seus pais. Porém, as auxiliares expressaram com maior veemência seu descontentamento com a falta de atenção dada aos pais por parte da equipe médica.

(...) e essa é minha indignação em relação a tudo isso o que eu vejo ali, o pediatra vem e diz para a mãe que o bebê está bem, só está com um sorinho, e a mãe pergunta pelos pés tortos e ele (o médico) diz que isso a gente vê depois, que isso é o de menos, para a mãe o pior problema é este e ela até acha bom que ele se mexe o tempo todo, na verdade ele está convulsionando e ela não tem nem noção disso. Jasmim

A indignação do grupo é novamente verbalizada por Jasmim:

Ela (a mãe) quer falar com o médico e a secretária não conseguiu chamar o médico, ou o médico não veio porque esqueceu que tem que vir falar com a mãe, tu não agüenta mais ouvir aquela mãe perguntando três, quatro vezes a mesma coisa – e o médico, não vem? Aí tu explica que ele deve estar conversando com a mãe de outro bebê, ou tu diz que tem um nenê mais grave, tu tem que enrolar, que saco tchê, é o teu filho que tá ali.

Convém lembrar que a unidade conta com os serviços de doutorandos, residentes e médicos contratados, além dos preceptores que permanecem apenas por ocasião do round médico. Porém, apesar do número de profissionais ser consideravelmente maior em um hospital escola, como o Hospital Presidente Vargas, do que em um hospital privado, a atenção dispensada aos pais é percebida pelos auxiliares como visivelmente diferenciada, o mesmo acontecendo com a qualidade e veracidade das informações.

O episódio vivenciado e relatado por Boca-de-leão exemplifica esta constatação ao mesmo tempo em que expressa a sua reação ao fato.

Eu lembro de uma criança que internou na quinta à noite e era domingo e ninguém tinha vindo falar com a mãe. Aí ela pediu para falar com o médico e começou a chorar ao lado da incubadora, aí me deu uma coisa e eu fui lá e bati na porta dos médicos e falei: vem cá vocês vão atender essa mãe ou não? Bem mimosinha assim, porque a mulher tava lá e alguém tinha que atender.

Mais uma vez é possível estabelecer relações entre o atendimento recebido pelos pais em hospitais da rede pública e privada. Enquanto os pais em um hospital privado identificam o profissional responsável pelo bebê buscando e recebendo as informações de maneira adequada, na instituição pública a notícia sobre as condições de saúde e

tratamento dos filhos precisa ser “garimpada” entre os diversos profissionais que circulam constantemente pela Unidade.

Orquídea reforça a afirmação:

Eu canso de ver o médico dizer que não vai atender. Só o que faltava eu atender ao telefone, vou passar o dia inteiro atendendo telefone então (...)

No entanto, apesar de considerar o contexto pouco estimulante para o desempenho de suas atividades profissionais devido às desatenções percebidas, o grupo manifestou preocupação com a percepção que os familiares tem acerca de sua estrutura e funcionamento.

Klaus e Kennel (1993, p.236) referem que “considerando-se a intensa pressão sobre o pessoal de um berçário de terapia intensiva, é impressionante como estas pessoas tem sido calorosas, receptivas e preocupadas”.

Deste modo, diante do tratamento oferecido aos pais por parte da equipe médica, as auxiliares manifestaram preocupação em justificar as atitudes destes profissionais e atenuar as informações fornecidas, pois,

(...) isso depõe contra o hospital e a equipe toda, não pode chegar de soco. Orquídea

Boca-de-leão sustenta a percepção da colega reforçando a diferenciação da atitude do auxiliar no contexto:

(...) se não tiver a percepção de enxergar um pouquinho mais além e também sair largando as patas aí deu né.

Lima, Rocha e Scochi (1999) sustentam a pertinência da observação da auxiliar comentando que os agentes de saúde, de forma geral, consideram os pais como

receptáculos de informações e ordens, com pouca capacidade de compreender e agir durante o processo de hospitalização de seus filhos.

A importância de minimizar as dificuldades por que passam os familiares ao integrarem o cotidiano de uma Unidade de Terapia Intensiva foi mencionada por Capella, citada por Nascimento e Martins (2000):

Ao se sujeitarem temporariamente à instituição hospitalar os indivíduos expõem toda sua fragilidade. Nesse momento, se os profissionais de saúde não aliarem sua competência técnica à competência humanística, a situação vivida por este sujeito pode ser ainda mais dolorosa.

Desta forma, conscientes e sensíveis às situações a que os pais estão expostos ao vivenciar o processo de internação de um filho, as auxiliares passaram a descrever suas atitudes profissionais, salientando seu “desconforto” devido à sensação de impotência perante as mesmas.

Às vezes tu quer fazer com que a mãe se intere e tu és barrada.
Jasmim

Eu não posso dizer nada e ela (a mãe) não tem noção disso (...).
Jasmim

As afirmações de Jasmim referem-se, especificamente, à conduta das enfermeiras da unidade que não adotam uma postura uníssona com relação às atribuições dos auxiliares de enfermagem enquanto profissionais da equipe de saúde.

Cabe referir que, para alguns enfermeiros a “divisão” do cuidado pode representar uma desvalorização de sua posição dentro da equipe. Assim, na percepção destes profissionais, delegar tarefas, ou mesmo permitir que os auxiliares realizem atividades pertinentes a sua própria categoria funcional, pode sugerir alguma “incapacidade”.

Da mesma forma, percebo que muitos enfermeiros assumem, diante das demais equipes, pacientes e familiares, uma postura ilibada, mostrando-se impassíveis diante das mais diversas situações.

Segundo Huerta (1984) as enfermeiras geralmente estão empenhadas em apresentar a seus clientes e colegas da equipe de saúde uma fachada unidirecional, congruente com o “estereótipo” da enfermeira. Para a autora, estas profissionais não expressam dificuldades ou autenticidades por entenderem que, deste modo, lesariam sua imagem profissional e não atenderiam às expectativas de seus colegas e das demais equipes.

Por outro lado, de acordo com Avery (1996), enquanto enfermeiros que atuam em Neonatologia, devemos zelar pelos nossos sentimentos, dominar nossa ansiedade, frustração e desencorajamento se quisermos ajudar a nossos pequenos pacientes e a seus pais. Contudo, não podemos nos defender “endurecendo nossos corações”.

Huerta (1984, p.215) acrescenta que “a enfermeira não comprometida permanecerá afastada dos problemas de seus pacientes porque estes lhes provocam sentimentos (...) ela não é uma enfermeira, mas apenas desempenha as funções de uma”.

Sendo assim, no período em que integrei o grupo de enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Presidente Vargas, pude perceber que as atitudes destas profissionais com relação à sua própria postura, bem como no convívio com as demais equipes, especialmente com os auxiliares, eram extremamente variáveis.

Deste modo, enquanto para algumas enfermeiras o conhecimento científico, aliado à técnica, era desejado e valorizado no auxiliar de enfermagem, para outras esta qualificação era considerada desnecessária tendo em vista a presença, no contexto, do profissional de nível superior.

Entendo que tais disparidades nas opiniões e condutas das enfermeiras podem estar relacionadas ao modelo tecnicista que envolve a Unidade e no qual seus profissionais foram formados. Nesta concepção, a valorização da técnica sobre as demais atribuições, prestigia os profissionais hábeis, ágeis e portadores de extrema destreza manual.

Nascimento e Martins (2000, p. 210) lembram que:

Na enfermagem a valorização do profissional sempre foi dada em relação a sua destreza manual, habilidades em realizar técnicas com perfeição. Com isso, essas funções eram, na sua totalidade, executadas por auxiliares e técnicos de enfermagem (os tarefeiros) e nos cursos de formação a técnica era vista como o principal conhecimento do ensino de enfermagem.

O mesmo autor salienta que, apesar da grande importância atribuída à formação profissional voltada a atender as reais necessidades da população dentro de um contexto específico, nas Unidades de Terapia Intensiva ainda encontramos a valorização da habilidade técnica em detrimento do fator humano.

Remen (1983, p.09) refere que “os seres humanos são mais do que corpos, e lembra que esta é uma tarefa difícil para os profissionais de saúde, uma vez que não aprenderam nos bancos universitários a ver a unicidade dos pacientes”.

É interessante observar ainda que, por ocasião da realização do presente estudo, a maior parte das enfermeiras que atuavam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Presidente Vargas teve sua formação original e inserção na área da saúde como atendente ou auxiliar de enfermagem o que pode, em alguns casos, ter contribuído para a manutenção do modelo tecnicista e hegemônico devido à falta de estímulo e autoconfiança destas profissionais para propor mudanças em um contexto há tanto tempo conhecido e já consolidado.

Reforçando esta idéia Silva e Silva (1998) relatam que valores ou paradigmas que determinam condutas e comportamentos que reproduzimos sistematicamente influenciam as ações inerentes ao próprio cuidar, limitando ou favorecendo as posturas frente às mudanças.

Para Ângelo (1996), qualquer mudança que envolva várias formas de ensinar, de aprender e de executar o cuidado deve ter início pela alteração do paradigma, pela transformação de dentro para fora, daquilo que as pessoas pensam para algo que as leve a agir.

Diante disto, é compreensível que os auxiliares, ao depararem-se com tal heterogeneidade de percepções e condutas assumidas pelas enfermeiras da unidade, vacilem ante a realização de algum procedimento específico ou mesmo ao orientar e estimular os pais a cuidarem dos bebês.

(...) só que a gente também fica naquela, porque como o número de enfermeiras é grande a gente tem que trabalhar com cada uma do jeito que ela quer que a gente trabalhe, então tem umas que aceitam tranqüilamente que tu faças o HGT por elas, que tu aspire o tubo, (...) mas tem umas que se descobrirem que tu aspiraste o tubo elas te encham o saco, ou seja o que tu fazes?
Jasmim

Por fim, a falta de autonomia mencionada pelo grupo, aliada à percepção de que assumem uma posição intermediária entre os demais profissionais de saúde e os familiares dos recém-nascidos é expressa por Orquídea:

A gente faz o intercâmbio, pede para o médico para que a gente possa dar a informação para a mãe e ela já sai satisfeita.
Orquídea

A afirmação de Orquídea evidencia que, mesmo em face da concepção tecnicista da assistência e da hegemonia médica ainda presentes na unidade, os auxiliares de

enfermagem buscam outras maneiras de exercer suas atividades. Ao pedir ao médico a autorização para fornecer informações às mães, o profissional demonstra envolvimento não só com o bebê que está sob seus cuidados como também com seus pais que passam a ser alvos de sua atenção.

Neste contexto, Gomes (1992, p.57) refere que “a disponibilidade de compreender o outro, não necessariamente está vinculada aos embasamentos teóricos e ao preparo técnico da equipe”.

Para Domingues et al. (1999) é necessário que ocorra uma troca de informações entre as equipes de saúde para que o grupo como um todo se complemente e assim ocorra um melhor relacionamento família-equipe.

Nascimento e Martins (2000, p.208) comentam que “a medicina não deve permanecer hegemônica nas instituições de saúde, as decisões devem ser coletivas”.

Da mesma forma Ângelo (1996) indica que é preciso derrubar defesas, eliminar a indiferença, tornar-se presente não pela imposição de uma rotina ou, acrescento, pela adoção de um ou outro modelo assistencial ou prática humanizadora, mas sim por atitudes de interesse e preocupação genuínas.

Nascimento e Martins (2000, p. 211) complementam afirmando que:

O fato de alguns trabalhadores possuírem maior afinidade por tal sujeito hospitalizado (...) faz gerar elos fortes entre os mesmos, sendo isso um ponto positivo. Além do que, percebemos que toda rigidez imposta nos cursos de formação foi quebrada. Esses sujeitos trabalhadores deixam suas emoções fluírem espontaneamente, pois são pessoas com sentimentos cuidando de outros seres humanos que muitas vezes encontram-se em sofrimento.

No entanto é preciso admitir que nem todos profissionais de saúde compartilham da mesma filosofia e que mesmo dentre as auxiliares de enfermagem participantes do estudo surgiram algumas divergências.

Embora seja consenso no grupo o fato de que as mães são essenciais durante a passagem dos recém-nascidos pela Unidade de Terapia Intensiva, para algumas auxiliares a “divisão” dos cuidados é um pouco mais complicada, pois,

(...) eu olho para ele como se ele fosse meu filho, eu o agrado como qualquer mãe (...) e quando a mãe está ali eu tento passar para ela o que o bebê gosta e que eu vou fazer com ele o que ela faria. Orquídea

A afirmação de Orquídea é reforçada por Cresti e Lapi (1997, p. 162), ao relatarem que a desvalorização das mães pelas enfermeiras é observada quando estas “parecem querer substituir a mãe real, propondo-se como boas mães”.

Ao refletirem sobre as relações de poder entre pais e profissionais Collet e Rocha (2000) comentam que no ambiente hospitalar o poder geralmente não está distribuído de forma harmônica e apontam fatores como território, estresse, ansiedade e conflitos como indicadores da posição desprivilegiada dos pais. Assim, de acordo com os autores, o grau de participação destes é influenciado, mais pelas condições e necessidades dos filhos e pelas atitudes dos enfermeiros, do que pela sua escolha em particular.

Entretanto, os mesmos autores admitem que “o ambiente hospitalar é território próprio do enfermeiro que nele trabalha, mas afirmar que somente ele tem o poder de optar ou não pela negociação do cuidado mostra uma postura autocrática no modelo de assistência” (COLLET; ROCHA, 2000, p.61).

Diante disso, entendo que as atitudes de poder reveladas no grupo podem sugerir, além da dificuldade em compartilhar espaços e atividades com os pais, a intenção de assumir um certo “domínio” sobre o recém-nascido.

Acredito que tal necessidade possa estar relacionada à condição do auxiliar de enfermagem na equipe de saúde como um profissional detentor de pouca, ou nenhuma, autonomia. Assim, ao vislumbrar a possibilidade de tomar para si algumas atividades específicas junto ao bebê, o auxiliar passa a excluir a mãe, tomando-a como um adversário, desvalorizando suas capacidades e desviando-se dos contatos.

Reforçando estas idéias Grüdtner et al. (1999, p.367) referem que:

Os profissionais em geral que tem uma visão voltada para um modelo biomédico percebem a família como intrusa, exigente, que sobrecarrega o serviço já assoberbado. Há outros, porém, que, conhecendo as limitações das regras e rotinas se sentem despreparados emocionalmente e instrumentalmente e sem autonomia para lidar com o paciente e seu familiar e adotam uma atitude de evitamento de contatos.

Gomes (1992) acrescenta que o cuidado prestado por estes profissionais é feito de forma objetivada, sendo, deste modo, um relacionar onde não se busca a compreensão do outro, mas um cuidar que domina o outro.

Cresti e Lapi (1997), afirmam que podem ser vários os fatores que conduzem a esta polarização maciça em um dos membros da dupla mãe-bebê e apontam, como exemplos, os conflitos relativos à posse e à perda de autoridade, a projeção de seus próprios sentimentos de inadequação sobre os pais do bebê, as respostas de contraprojeção da equipe aos sentimentos de rivalidade e de raiva da mãe, entre outros.

O senso de “posse” sobre o recém-nascido que está sob seus cuidados é descrito por Margarida de forma ainda mais fervorosa:

(...) é que eu sou muito ciumenta, muito possessiva, então o que acontece? O bebê é meu, eu que cuido, eu que quero e isso é um defeito meu. O Pedro é um exemplo, o Pedro é meu, eu que cuido, eu batizei ele porque ele não tinha nome e eu disse para a mãe: Maria, tu não escolheu um nome para o teu nenê? Ela disse que não tinha pensado e eu disse: eu já batizei ele, ele é João agora, até tu escolher o nome ele é João. E eu chamei ele de João até que a vó veio um dia e disse para o médico que achava que o nome dele era Pedro, até eu conseguir chamar ele de Pedrinho foi difícil.

É interessante mencionar que o bebê não é “disputado” apenas com a mãe. Entre as auxiliares também podem ser observadas atitudes de competição pelos cuidados a um recém-nascido em particular, pois,

(...) eu tenho os meus filhos e as colegas já sabem que aqueles são meus, eu cuido e já mudo coisas (...) Boca-de-leão

As percepções de Azaléia, Margarida e Jasmim complementam a da colega,

(...) o bebê não é meu é do colega. Azaléia

(...) eu sou muito chata para trabalhar com colega, eu sou chata para trabalhar com as mães, é meu bebê, sou eu quem cuida, eu não gosto que mexam. Margarida

(...) existe competitividade entre os auxiliares de enfermagem, este é meu paciente, não gosto que mexam no meu paciente, se eu deixei ele daquele jeito e vem alguém e muda eu não gosto. Jasmim

Diante de tais afirmações penso que a competitividade entre os auxiliares de enfermagem pode estar alicerçada nas suas diferenças de formação profissional e no tempo de inserção na profissão e na unidade, bem como em sua faixa etária e história de vida pessoal.

Em capítulo anterior foi apresentado o “perfil” dos sujeitos participantes do estudo, e salientado que as particularidades de cada componente imprimiram heterogeneidade ao grupo como um todo.

No entanto, tal diversidade, almejada pela pesquisadora para enriquecimento das discussões e, portanto, das informações emergidas do grupo, pode ser analisada, neste momento, como um fator desencadeante das “rivalidades” observadas no cotidiano de trabalho dos auxiliares de enfermagem.

Conforme já referido, o grupo foi composto por sete mulheres; destas, quatro eram mães, duas já avós, uma recém-casada e as demais solteiras e sem filhos.

Sendo assim, no decorrer das discussões pude observar algumas divergências entre as opiniões destas mulheres e foi interessante verificar que as avós apontaram o respeito como fator primordial na manutenção de relações amistosas entre os profissionais da equipe de enfermagem.

(...) isso tem muito do respeito que devemos ter por todos, em casa, na família, em tudo. Respeitar as condições de tudo, se tu vai mexer no nenê perguntar para o colega se ele quer que mexa. Assim tu não entra no espaço dos outros. ⁸

Do mesmo modo, havia no grupo quatro auxiliares que cursavam a faculdade de enfermagem e também este fato foi deflagrador de discordâncias e rivalidades.

(...) mas me incomoda se eu vejo aquela boca suja e eu não posso falar ou se a veia tá fora e eu penso: não vou nem olhar! Porque às vezes tem colegas que se ofendem e já falaram que eu sou assim porque sou acadêmica de enfermagem. ⁸

Eu já fui rotulada como metida por ver que o nenê tava virado, tava batendo a cabeça e eu arrumei e disseram: Ah, tu é metida, então agora para qualquer coisa eu pergunto: posso mexer no teu nenê, posso trocar a fralda? ⁸

⁸ Os codinomes não foram mencionados para evitar possíveis identificações (nota da autora).

Por outro lado, acredito que, de forma geral, com relação à formação original recebida pelas auxiliares, sejam encontradas semelhanças, uma vez que a concepção tecnicista da assistência à saúde ainda hoje permeia os cursos de formação profissional.

Desta forma, admito que, independentemente de sua idade ou tempo de atuação como profissional, os auxiliares de enfermagem trazem consigo conceitos comuns, mais ou menos introjetados, a respeito de saúde, doença, paciente e cuidado.

A respeito da formação dos profissionais de saúde Huerta (1984, p.214) alerta que:

Enquanto os futuros profissionais integrantes de uma profissão forem educados em situações e métodos que encorajem a rigidez e, enquanto ignorarem o ensino de relações humanas, eles continuarão a sofrer frustrações e ansiedades.

Diante disso, compreendo a dificuldade do auxiliar de enfermagem em partilhar seus parcos “poderes” e espaços com as famílias e mesmo com colegas e demais profissionais de saúde.

Tendo sido formados, essencialmente, para compor uma equipe conduzida, e às vezes “comandada”, por outro profissional e estando inserido em um contexto que preserva a hegemonia médica, os auxiliares de enfermagem, apesar de exercitarem diariamente sua “crítica” nos corredores e vestiários dos hospitais, nem sempre são capazes de visualizar a importância e o espaço que ocupam na equipe de saúde.

Justificando esta percepção, Grüdtner et al. (1999, p.368) afirmam que:

Com o pessoal de enfermagem, se faz necessário uma reflexão sobre seus sentimentos, atitudes, crenças e limites para um posicionamento ético pelo bem comum, disponibilidade para incluir o outro como parceiro no seu trabalho, e desenvolver habilidades de relacionamento humano.

Ampliando este enfoque, é possível justificar também a problemática que envolve a “abertura” da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal aos pais dos bebês.

Considero relevante recordar que, embora todas as auxiliares participantes do estudo tenham sido integradas no processo de conquista do título de Hospital Amigo da Criança, parece que a mensagem de humanização do cuidado neonatal, a partir do estímulo à presença dos pais, não foi captada da mesma forma. Entendo que esta percepção pode justificar algumas das discordâncias nas atitudes em relação aos pais, não só do grupo em questão, como também das demais equipes envolvidas no cuidado ao recém-nascido.

Do mesmo modo, observo que a forma como as chamadas “práticas humanizadoras da assistência” vêm sendo introduzidas nos ambientes de cuidado não favorecem a conscientização do profissional, necessária para sua rápida efetivação e indispensável para sua eficiência. Ou seja, muitas vezes são requeridas dos profissionais novas atitudes diante de “velhas” situações sem, no entanto, ter-lhes sido proporcionado espaço para discussão e avaliação do melhor caminho para contemplar as propostas e atingir as metas pré-estabelecidas por outrem.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar às últimas páginas desta dissertação foi inevitável vislumbrar o trajeto percorrido. Da motivação inicial à opção metodológica, culminando com a realização da pesquisa propriamente dita, todo processo surgiu como um filme.

Assim, considero adequado retomar, neste momento, alguns detalhes que nortearam e compuseram o estudo, como seu impulso inicial que ocorreu muito antes do ingresso no curso de Mestrado.

Ao iniciar a trajetória de cuidado aos recém-nascidos iniciei também a relação com os demais profissionais da equipe de saúde. Como enfermeira recém-formada, precisei de apoio nos primeiros passos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Na busca de uma identidade profissional e da segurança necessária para realizar as atividades de minha competência foi necessário contar com a ajuda de colegas mais experientes.

No entanto, durante os anos em que integrei a equipe de enfermagem do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, o convívio mais intenso ocorreu com os auxiliares de enfermagem. Talvez isso se deva ao fato de ter recebido deles boa parte das “instruções iniciais” de como ser enfermeira em um ambiente tão peculiar quanto aquele em que me encontrava. Neste convívio chamou-me atenção a desproporção entre

o volume de suas atividades junto aos bebês e a pouca valorização enquanto profissionais da equipe de enfermagem.

Do mesmo modo, com o passar do tempo, pude também perceber e acompanhar o sofrimento e a angústia dos pais dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Assim, a decisão de reunir auxiliares de enfermagem, bebês e pais em um mesmo estudo foi um processo natural.

Por sua vez, a escolha do Grupo Focal como forma de coleta de informações também merece destaque. A opção veio minimizar o receio de não obter dos auxiliares as suas legítimas percepções, e sim as que atendessem às minhas expectativas; uma vez que, de forma geral, o grupo era conhecedor de minhas opiniões a respeito do tema central do estudo.

Convém admitir, porém, que, ao iniciar a pesquisa, não julgava obter tantas idéias. Assim, confesso minha satisfação ao chegar a seu término e verificar que o auxiliar de enfermagem é capaz de identificar de forma tão clara quanto qualquer outro profissional, os benefícios e as dificuldades advindas da participação dos pais no intensivismo neonatal.

Da mesma forma, reforço que a opção por trabalhar com o grupo de auxiliares de enfermagem demonstra minha convicção de que estes profissionais são capazes de realizar suas atividades dotados de crítica e competência técnica. Acrescento a esta certeza a percepção de que as desavenças e dificuldades com relação aos familiares e às demais equipes, podem ser decorrentes de um contexto tumultuado e desprovido de expectativas.

Percebo ainda que, mesmo diante da desvalorização profissional e da pouca autonomia dentro da equipe, o auxiliar de enfermagem luta por espaços de atenção e

respeito. Ao ser ouvido manifesta que não deseja e nem pode e mais ser considerado um mero “tarefeiro” na equipe e que, muitas vezes, suas opiniões precisam ser inseridas e relevadas no contexto.

Admito que parte de tais convicções e percepções tiveram origem nos encontros grupais, quando as auxiliares puderam refletir sobre suas relações com os pais dos bebês e expressar opiniões, por vezes, contundentes. Da mesma forma, embora o objetivo deste estudo não tenha incluído o consenso entre os participantes, pude constatar que, de forma geral, a percepção do grupo com relação à presença dos pais no intensivismo neonatal aponta para a importância destes últimos na recuperação dos recém-nascidos internados.

Deste modo, acredito que as dificuldades inerentes à presença dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, mencionadas no decorrer dos encontros, podem ser sublimadas diante da percepção das auxiliares acerca da necessidade de incentivá-los a cuidarem de seus filhos.

No entanto, tenho consciência de que existe um outro grupo de profissionais, não participante da pesquisa, que não compartilha as mesmas idéias. Da mesma forma, reconheço que, mesmo entre o grupo do estudo foi possível verificar, de maneira ora velada, ora explícita, percepções e atitudes diferentes ou mesmo opostas.

Por isso, reitero a necessidade de analisar o impacto e a interferência das propostas de humanização nos cenários de cuidado e nas atitudes dos auxiliares de enfermagem, bem como dos demais profissionais que atuam no intensivismo neonatal.

Acredito que o fato de tais propostas serem idealizadas em espaços distintos daqueles onde acontece, efetivamente, o cuidado, possa fazer com que as mesmas nem

sempre estejam adequadas a todos os contextos e ambientes, o que pode favorecer a resistência de alguns profissionais diante das mudanças necessárias.

Sendo assim, talvez o estímulo (ou a permissão) à participação dos profissionais, ainda na fase de estudo da viabilidade das propostas, tornasse mais suave (e também mais viável) o processo de implantação prática. Acredito que, ao conhecer a possibilidade de mudanças em seu cotidiano de trabalho e, em um estágio mais avançado, reconhecer sua necessidade, o auxiliar de enfermagem terá consciência de seu espaço profissional e da importância de sua função para a instituição a qual pertence.

Da mesma forma, convém observar as condutas adotadas por alguns enfermeiros que, na condição de chefes da equipe de enfermagem, não priorizam o cuidado humanizado exigindo dos auxiliares o cumprimento de tarefas de forma única e em tempos e prazos inflexíveis e predeterminados. Entendo que tais posturas ou condutas podem gerar, na equipe de trabalho, dúvidas a respeito das atitudes a serem tomadas diante de situações como a divisão de cuidados com os pais dos bebês; além de contraporem-se às propostas de humanização adotadas pela instituição.

Diante destas contradições torna-se mais facilmente compreensível a manifestação de uma das auxiliares do grupo descrevendo-se como “bolinha”. Observo que, se, por um lado, a afirmação foi trazida ao grupo com o intuito de descrever a percepção da auxiliar em relação à sua condição na equipe de trabalho, por outro, serve para instigar uma nova reflexão: até que ponto as auxiliares de enfermagem de determinada Unidade de Terapia Intensiva Neonatal encontram-se ou percebem-se envolvidas com suas atividades e seu ambiente de trabalho? São elas “bolinhas” simplesmente lançadas de um lado a outro ao sabor das circunstâncias (ou das chefias)

ou, são “bolinhas” conscientes de sua importância na interface entre equipes, bebês e famílias? Porém, acredito que para alcançar as respostas a tais questões seja necessária uma nova pesquisa, versando, especialmente, sobre a autopercepção destes profissionais em seus contextos específicos.

Enfocando ainda as propostas de humanização do cuidado, questiono a concessão e manutenção do título de Hospital Amigo da Criança a instituições que apresentam obstáculos à presença e/ou permanência dos pais, seja pelas dificuldades na obtenção de informações e a falta de infra-estrutura seja pelo despreparo dos profissionais para atender às famílias.

Assim, além de apresentar respostas, ao final desta pesquisa, acrescento novas questões em torno do mesmo tema. No entanto, por terem sido decorrentes da diversidade de idéias proveniente da utilização do Grupo Focal, acredito que dificilmente tais questões poderiam ter sido concebidas com tanta autenticidade.

REFERÊNCIAS

ÂNGELO, M. **Encontrando significado no processo de cuidar as criança e de sua família.** EE.USP, São Paulo, 1996. (Mimeografado)

ALVES, M. e JOUCLAS, V.M.G. O cotidiano de trabalho dos auxiliares de enfermagem: uma dimensão de sofrimento. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.2, p.83-88, jul/dez. 1997.

AVERY, Gordon B. **Neonatologia.** Rio de Janeiro: Medsi, 1996.

BELLI, M. A. de J. Validação de um roteiro para orientação e participação da mãe no cuidado ao filho internado em UTI Neonatal. **Rev. Paul. Enf. São Paulo**, v.14, n.1, p.36-52, 1995.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. **Normas de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru.** Brasília: Ministério da Saúde, S/D

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

BRAZELTON, T.B. e CRAMER, B.C. **As primeiras relações.** São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRÊTAS, J.R. da S. e SILVA, C.V. Mudanças na vida privada da família: repercussões para a maternagem e desenvolvimento da criança. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.11, n.1, p.38-45, jan./abr. 1998.

CARRARO, T.E. e RANDUZ, W.A. A empatia no relacionamento terapêutico: um instrumento cuidado. **Cogitare Enf.** Curitiba, v.1, n.2, p.50-52, jul./dez. 1996.

CARVALHO, R.A. **Cuidado-presença: importância na atenção ao recém-nascido de alto risco.** Passo Fundo: UPF, 2001.

COLLET, N e ROCHA, S.M.M. Relação entre pais e enfermeiros no cuidado à criança hospitalizada: um ensaio crítico. **Rev. de Enf. da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.55-65, abr.2000.

CORRÊA, A. K. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.32, n.4, p.297-301, dez. 1998.

COSTENARO, R.G.S. **Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI Neonatal**. Florianópolis: Centro Universitário Franciscano, 2001.

COSTENARO, R.G.S. e MARTINS, D. Qualidade de vida do recém-nascido internado em UTI: as relações mãe-filho. **Rev. Cogitare Enf.** Curitiba, v.3, n.2, p.56-59, jul./dez. 1998.

CRESTI, L. e LAPI, I. In: LACROIX, M e MONMAYRANT, M. **A observação de bebês – os laços do encantamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 149-162, O Esboço da relação mãe-bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade?

DALL'AGNOL, C.M e CIAMPONE, M.H. Grupos Focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan.1999.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigación mediante Grupos Focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997, 96p.

DIAS, S.M.Z. **Participação da família no processo de cuidado à criança hospitalizada: visão da enfermeira**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, 2001.

DOMINGUES C.I. et al. Orientações aos familiares em CTI: dificuldades ou falta de sistematização? **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.33, n.1, p.39-48, mar. 1999.

ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

ESPÍRITO SANTO, L.C. do. **O desejado e o vivido pelo pai durante o processo de parto e nascimento do bebê**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, 2000.

GOMES, M.M.F. **Ter o filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: o significado para os pais**. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1992.

GONZALES, R.M.B; BECK, C.L.C e DENARDIM, M.L. **Cenários de Cuidado: aplicação de Teorias de Enfermagem**. Santa Maria: Palotti, 1999.

GRÜDTNER, D.I et al. Compreendendo e trabalhando a interação entre a família e equipe assistencial no Hospital: uma forma de prevenção da violência institucional. **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v.8, n.2, p.364-368, mai./ago. 1999.

GUARESCHI, P.D.F. e MARTINS, L.M.M. Relacionamento multiprofissional x criança x acompanhante: desafio para a equipe. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v..31, n.3, p.423-436, dez. 1997.

HUERTA, E.P.N. Reflexões sobre o comportamento das enfermeiras perante as mães na unidade pediátrica. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.18, n.3, p.209-214, dez. 1984.

KLAUS, M.H e FANAROFF, A. **Alto risco em Neonatologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.

KLAUS e KENNEL. **Pais / Bebês** – a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KURCGANT, P. Formação e competência do enfermeiro de terapia intensiva. **Enfoque**, São Paulo, v.19, n.1, p.4, abr. 1991.

LEMONS, R.C. e ROSSI, L.A. O significado cultural atribuído ao CTI por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do leito e a liberdade. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.35, n.12, jun.2001.

LEONE, C.R e TRONCHIN, D.M.R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 1996.

LEVIN, A. Humane neonatal care initiative. **Acta Paediatric**, Stockholm, n.88, p. 353-355, 1999.

LIMA,R.G.L; ROCHA,S.M.M e SCOCHI,C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação do pais. **Rev. Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p.33-39, abril 1999.

LOPES, M.J, MEYER, D.E e WALDOW, V.R. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1993.

_____. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1997, cap. IV p. 67-79. A análise de dados em pesquisa qualitativa.

MIURA, E e PROCIANOY, R.S. **Neonatologia** – Princípios e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

NASCIMENTO, E.R.P. do e MARTINS, J.J. de. O poder institucionalizado da enfermagem: o cenário real x o cenário idealizado. **Texto e Contexto Enf.** Florianópolis, v.9, n.3, p.193-215, ago./dez. 2000.

PEDROSO, G.E.R. **O significado do cuidar da família:** crenças da equipe de enfermagem. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem – USP, São Paulo, 2001.

PITTA, A. **Hospital:** dor e morte como ofício. São Paulo : Hucitec, 1994.

POLIT, D.F e HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REMEN, R.N. **O paciente como ser humano.** São Paulo: Summus, 1983.

SILVA, M.A.P.D. e SILVA, E.M. Os valores éticos e os paradigmas da enfermagem. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.11, n.2, p.83-88, 1998.

TRENTINI, M e PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem:** uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis : UFSC, 1999.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.

VERNIER, E.T.N. **Permanência conjunta em pediatria:** como (re) age a equipe de enfermagem? Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem – UFRGS, Porto Alegre, 2002.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra, 1998.

WESTPHAL, M.F; BÓGUS, C.M e FARIA, M.M. **Grupos Focais:** experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Oficina Sanit. Panam. v.120, n.6, p.472-481, 1996.

WHALEY, L. e WONG, D. **Enfermagem pediátrica:** elementos essenciais para a intervenção efetiva. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

ZIEGEL, E.E. e CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

ANEXO A

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL MATERNO-INFANTIL
PRESIDENTE VARGAS**

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Como aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, estou realizando um estudo sobre a percepção do auxiliar de enfermagem a respeito da presença dos pais de recém-nascidos internados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN).

Para tanto, solicito sua colaboração, participando das sessões de Grupo Focal onde serão discutidos assuntos referentes ao tema da pesquisa.

As sessões grupais serão realizadas nas dependências do Hospital onde o(a) senhor(a) trabalha e os horários serão estabelecidos pelo grupo.

As informações serão coletadas durante as sessões grupais através de gravação em fitas cassete, para a qual solicito sua autorização. As fitas gravadas serão destruídas após cinco anos da realização da pesquisa.

Asseguro que seu nome não será divulgado, podendo o(a) senhor(a) desistir de participar do grupo a qualquer momento de sua realização, e garanto a utilização do material gravado somente para fins de pesquisa.

Coloco-me à disposição, juntamente com a orientadora deste estudo, Prof. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, para o esclarecimento de eventuais dúvidas, através dos telefones 3340 0273 , 9947 1023 e 3316 5428.

Informo ainda o endereço e telefone da Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas que aprovou o projeto desta pesquisa – Av Independência, 661 – 8 andar – Bloco C - Fone 3287 7358.

Agradeço sua colaboração.

*Kátia Lopes Inácio – COREN 67800
Endereço: Rua Lasar Segall, 315/401 - Lindóia
Porto Alegre – RS CEP 91060 530*

Eu.....declaro estar
ciente da finalidade e condições de realização desta pesquisa e concordo em participar
espontaneamente do grupo.

.....

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)