

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A FAMÍLIA NA UTI NEONATAL: RESISTÊNCIA AOS NOVOS SABERES

HEALTH CARE TEAM PERCEPTIONS OF THE FAMILY IN THE NEONATAL ICU: RESISTANCE TO NEW KNOWLEDGE

PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA FAMILIA EN LA UTI NEONATAL: RESISTENCIA A LOS NUEVOS SABERES

Roberta Costa^I
Maria Itayra Padilha^{II}

RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar de que forma vem sendo instituído o saber em relação à presença da família na unidade de terapia intensiva neonatal. Pesquisa qualitativa, com abordagem histórico-social. O contexto do estudo foi o Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada com 13 profissionais de saúde que participaram do processo de implantação da unidade neonatal, de outubro de 2008 a março de 2009, e analisados sob o referencial foucaultiano. Foram identificados quatro agrupamentos discursivos: *pai e mãe só no horário de visita; há uma resistência mesmo; a família é fundamental; e as leis e políticas de saúde vão evoluindo*. Podemos perceber que há muitas construções e desconstruções sobre a presença da família na unidade neonatal, sendo fundamental estabelecer uma relação de parceria no cotidiano do cuidado, na qual as responsabilidades precisam ser compartilhadas pelos familiares e equipe de saúde.

Palavras-chave: Família; recém-nascido; UTI neonatal; equipe de cuidados de saúde.

ABSTRACT: This study aimed to examine how knowledge about the family's presence in the neonatal intensive care unit has been imparted. This qualitative, socio-historical study took place at the Joana de Gusmão Hospital, Florianópolis. Data were collected through semi-structured interviews of 13 health personnel who participated in implementing the neonatal unit from October 2008 to March 2009, and data analysis was informed by the work of Foucault. The results indicate four discourse groupings: *parents at visiting time only, there really is resistance, the family is fundamentally important and health laws and policies are progressing*. There were perceived to be multiple constructions and deconstructions regarding the family's presence in the neonatal unit, and it is essential to establish a partnership in day-to-day care, where responsibilities have to be shared between the family and the health team.

Keywords: Family; newborn; neonatal intensive care unit; patient care team.

RESUMEN: Investigación cualitativa, con abordaje histórico y social, que objetivó analizar de que forma está siendo instituido el saber en relación a la presencia familiar en la unidad de terapia intensiva neonatal. El contexto del estudio fue el Hospital Infantil Joana de Gusmão, en Florianópolis-SC-Brasil. Datos se recopilaron, de octubre 2008 a marzo de 2009, por medio de entrevista semiestructurada con 13 profesionales de salud que participaron del proceso de implantación de la unidad neonatal, y analizados con base en el referencial foucaultiano. Fueron identificadas cuatro formaciones discursivas: *padre y madre solo en el horario de visita; hay una resistencia mismo; la familia es fundamental; y las leyes y políticas de salud van evolucionando*. Percibimos que hay construcciones y desconstrucciones sobre la presencia de la familia en la unidad neonatal, siendo fundamental establecer una relación de aparcería en el cotidiano del cuidado, en la cual las responsabilidades precisan ser compartidas, por familiares y el equipo de salud.

Palabras clave: Familia; recién nacido; UTI neonatal; equipo de cuidados de salud.

INTRODUÇÃO

A hospitalização do recém-nascido (RN) na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é uma situação de crise para a família, pois os pais adentram em um ambiente desconhecido¹. Além do que o bebê real é diferente do imaginado e o sentimento de culpa pela situação do filho atua

^IDoutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde. Santa Catarina, Brasil. E-mail: robertanfr@hotmail.com

^{II}Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Líder do Grupo de Estudos de História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde. Santa Catarina, Brasil. E-mail: padilha@nfr.ufsc.br

^{III}Artigo extraído da tese *Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva na década de 1980 em Florianópolis*, Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

como fator inibidor do contato espontâneo entre pais e bebês².

A introdução de modernas unidades neonatais contribui significativamente na redução da morbimortalidade neonatal, sendo notáveis os avanços científicos e tecnológicos nesta área. Entretanto, este processo acabou afastando a família do contato com seu filho. Os profissionais de saúde^{III} se tornaram detentores do saber e os pais se sentem excluídos e incapazes de cuidar na UTIN.

Cabe destacar que as políticas governamentais internacionais têm assegurado o direito da criança hospitalizada ter um acompanhante. Como marco, temos a publicação do relatório PLATT, na Inglaterra, em 1959, elaborado por um Comitê de Bem-Estar da Criança Hospitalizada, que alertou para as situações de privação e isolamento físico e social, nocivos ao desenvolvimento da criança, recomendando a visita aberta e a admissão da mãe junto à criança hospitalizada³. Estas recomendações repercutiram na organização das práticas de atenção à criança hospitalizada em diversos países. No Brasil, o grande marco em defesa dos direitos da criança foi o Estatuto da Criança e do Adolescente, publicado em 1990, que resguarda o direito da permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável quando a criança se interna⁴.

O Ministério de Saúde brasileiro implantou também, em 2000, a política de atenção humanizada ao RN baixo peso⁵, que destaca a necessidade do envolvimento da mãe nos cuidados com o filho. A UTIN constitui-se um locus de produção de saber, que está permeado pelos processos de dominação, em que o poder vai se produzindo, transformando-se em novas relações. O poder não existe por si só, o que há são práticas/relações que ocorrem em toda estrutura social, que se manifesta através dos comportamentos e discurso⁶.

Assim, traçamos como objetivo analisar de que forma vem sendo instituído historicamente o saber com relação à presença da família na UTIN, a partir do discurso dos profissionais de saúde. O período histórico escolhido foi a década de 1980, uma vez que a implantação da primeira UTIN, em Florianópolis, ocorreu em 1987⁷.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Pesquisa qualitativa, com abordagem histórico-social. Adotamos os princípios da *nova história*, uma proposta para o tempo presente, que nos lança a conhecer e compreender uma história-problema⁸.

O local de realização da pesquisa foi o Hospital Infantil Joana de Gusmão que foi o local onde foi implantada a primeira UTIN de Florianópolis. Para coleta de dados, utilizamos a *história oral*, realizando entrevistas semiestruturadas com três médicos, cinco enfermeiras e cinco técnicos/auxiliares de enfermagem

que trabalhavam na unidade de terapia (UTI) geral e/ou UTIN na década de 1980. As entrevistas implicam na percepção do passado como algo que tem continuidade hoje, cujo informante contribuirá com sua percepção dos fatos⁹. A coleta de dados ocorreu de outubro de 2008 a março de 2009. Para garantir a anonimato, os sujeitos do estudo foram identificados com letras e números por ordem de entrevistado: médico - M1, M2...; enfermeiro - E1, E2...; técnico de enfermagem - TE1, TE2...; e auxiliar de enfermagem - AE1, AE2...

Para análise dos dados, utilizamos o método genealógico proposto por Foucault. A genealogia seria o estudo das formas de poder: na sua multiplicidade, nas suas diferenças: estudá-las, portanto, como relações de força que se entrecruzam, convergem ou, ao contrário, se opõem¹⁰. A análise foi realizada a partir das transcrições das entrevistas e posterior leitura atenta quando extraímos os enunciados, tentando conferir-lhes uma sistematização provisória. Após compilação das entrevistas, agrupamos os enunciados em formações discursivas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob protocolo n° 242/08 folha de rosto 217903.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas possibilitou a identificação de quatro agrupamentos discursivos que são apresentados a seguir.

Pai e mãe só no horário de visita

Na prática, percebemos que os pais, ao entrarem na UTIN pela primeira vez, se deparam com um ambiente assustador, pouco acolhedor, com muitos aparelhos, ficando chocados com a imagem de seu filho hospitalizado. É difícil para a família estabelecer um contato efetivo nesse momento. Permitir o livre acesso dos pais na UTIN é o primeiro passo para facilitar este processo. No entanto, os depoimentos apontam que, no início da UTIN, o hospital limitava a presença dos pais.

A família entrava, mas tinha horário. E não era tão liberado quanto é hoje. (TE3)

Naquela época, a mãe não ficava toda hora vendo a criança. Era horário de visita, a tarde só. (TE2)

Assim, deduzimos que a presença da família não era muito valorizada antes da implantação da UTIN e mesmo no início do trabalho nessa unidade. Além disso, os profissionais não percebiam que, ao limitar a presença da família, prejudicavam o vínculo afetivo pais/recém-nascido. Apesar dos avanços da literatura e advento da legislação dos direitos da criança, a situação na realidade brasileira não mudou muito, muitas Instituições ainda restringem a visita dos pais/

família aos RNs. No cotidiano da UTIN é comum não se permitir a presença da mãe, justificada pela execução de procedimentos invasivos, horário da visita médica, espaço físico pequeno e escassez de recursos humanos².

Nesse depoimento fica explícito, o poder que a equipe de saúde exercia sobre a família. Esta relação é exercida de maneira verticalizada, pois os pais estão à mercê dos profissionais que são vistos como pessoas que têm o poder de salvar o seu filho. Assim sendo, os pais muitas vezes seguem as normas e rotinas da Instituição e não oferecem nenhum tipo de resistência.

A presença da família no hospital muitas vezes é vista como um problema, ou seja, é uma pessoa a mais para dedicar atenção, é necessário tempo para orientar os pais e compreender seus sentimentos. Além do que os pais, às vezes, acabam disputando com o profissional o espaço ao lado do bebê. A mãe, frequentemente, representa uma avaliadora/ fiscalizadora do cuidado. A equipe não se sente preparada para lidar com tal situação. A presença da mãe pode ser entendida aqui como uma resistência ao poder instituído e também concessão deste poder. A mãe dentro da UTIN começa a instituir novas relações de poder, conhece o ambiente e começa a estabelecer vínculos com o RN. A equipe precisa adaptar-se a esta nova situação. A disciplina deternima o que pode e o que não pode fazer, quem pode, quando, de que forma, dentro de certos limites que passam a representar margens negociadas, moldando-se pouco a pouco como saberes em relação.

Há uma resistência mesmo

Os hospitais são lugares centrais de produção e reprodução das diversas formas de poder dos profissionais, a partir da apropriação de diferentes componentes de saber clínico¹¹. O poder produz saber. Não há relação de poder sem a constituição correlata de um corpo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder¹².

Quando instituímos novos saberes à prática de cuidado ao RN, percebemos um jogo de forças, onde alguns profissionais defendem condutas antigas como o isolamento do RN e o cuidado focado na doença, enquanto outros lutam por novas práticas – por abrir as portas da UTI para a família, favorecendo o vínculo afetivo.

As mães têm dificuldades em comunicar-se com a equipe de saúde. Um dos obstáculos na efetivação da comunicação entre mães e profissionais é a questão do saber que este último detém, o que o torna detentor de verdade e poder. Ao serem questionado sobre as dificuldades com relação a família na UTIN, os entrevistados relataram:

A relação com os pais era muito boa. Mas, sempre uma resistência maior dos médicos [...] a gente já brigou muito pela humanização do atendimento. [...] Há certa resistência, acho que medo, insegurança. (E3)

Resistências sempre existem. Tinha uma resistência a novos conceitos e a novas técnicas. Houve dificuldades, mas a gente veio devagar e as coisas foram se abrindo. (M3)

Nos depoimentos transparece esta resistência em relação à presença da família. Resistência permeada por diversos fatores tais como disputa por espaço, o poder sobre o corpo do RN e a hegemonia médica no ambiente do hospital. Para instituir este novo saber, foram necessárias muitas discussões, muitas lutas, ou seja, foi necessário resistir ao poder reinante, encontrar formas de modificar as atitudes.

As resistências não são calculadas ou previstas estrategicamente, são reações simplesmente defensivas, reatividades, podendo constituir outras formas de crença, outras cristalizações¹³. Como profissionais da saúde, podemos buscar formas criativas de expressão, abrindo brechas em meio aos padrões e práticas reinantes, recriando formas de vida micropoliticamente. Mudar a perspectiva tradicional de cuidado centrado na doença não é algo fácil. É preciso derrubar as barreiras, eliminar a indiferença, fazer-se presente – não pela imposição de rotina, mas pela atitude de interesse e de preocupação¹⁴. A filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança e os profissionais e o serviço de saúde como temporários e flutuantes.

A família é fundamental

A presença da família na UTIN, por outro lado, pode ser considerada positiva e nessa perspectiva vem permeada pela questão da humanização. O conceito de atenção humanizada nesta área é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos e práticas que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal⁵. Humanizar o atendimento ao RN significa, entre outros, ter segurança técnica da atuação profissional, condições hospitalares compatíveis com o período neonatal, oferta de condições para participação da família do neonato no processo assistencial, aliados à necessidade da atenção individualizada.

As entrevistas apontam esta questão e destacam o fato de permitir a presença da família na UTIN como um avanço nas práticas de cuidado.

Tinham profissionais que brigavam pela questão da humanização, ou pelo menos por um atendimento mais personalizado aos pais. A gente entendia que o pai tinha que ter mais liberdade de entrar. (E3)

[...] a UTIN tem avançado muito, tem melhorado muito a sobrevivência. O pessoal vem tendo nascimento de bebês muito prematuros e envolver mais a família é fundamental. (M3)

Os discursos revelam que a presença da família na UTIN foi um processo, que foram instituídas novas práticas como a aproximação das mães. Essas transformações foram influenciadas por alguns pro-

fissionais que assumiram a postura de lutar por esta questão. Por que isto é tão fundamental agora? E não antes?

O Ministério da Saúde brasileiro⁵ coloca a presença e a participação da família ampliada como elementos fundamentais no apoio ao bebê e pais durante a hospitalização, recomendando que as unidades neonatais liberem as visitas.

O bebê tem a sua história, que é aquela do seu grupo familiar, com sua dinâmica familiar e seus integrantes, com seus papéis e funções¹⁴. Apesar de todo o discurso em defesa da presença e participação da família nos cuidados, percebe-se que no cotidiano da assistência ainda há uma lacuna grande entre o que deve ser feito e que vem sendo feito.

As leis e políticas de saúde vão evoluindo

As primeiras políticas públicas de saúde surgiram a partir de grandes transformações políticas, sociais e econômicas na Europa, no século XVIII, e eram voltadas fundamentalmente para o controle social, privilegiando a higiene, a infância e a medicalização da família¹⁵. Uma das medidas implementadas para o exercício do controle estatal foi a institucionalização do parto, constituindo-se numa das tentativas de se controlar e monitorar o desenvolvimento da população¹⁶. Desde então, o entendimento sobre os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestante, ao parto e ao RN avançaram permitindo a intervenção médica para melhoria das condições de saúde materno-infantil.

No contexto atual, há uma preocupação mundial crescente em aliar os avanços tecnológicos com uma assistência sensível e individualizada. Existe um movimento em prol da humanização do nascimento, estimulando os profissionais de saúde a repensarem sua prática, buscando a transformação da realidade no dia a dia do cuidado.

Atualmente, há um consenso mundial com relação à necessidade de redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. No Brasil, a partir da década de 1990, começa a se repensar o RN como sujeito do cuidado¹⁷. O olhar se volta para as demandas específicas da população infantil, principalmente a partir da publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente⁴. O grande marco na assistência ao recém-nascido, no Brasil, foi a publicação da política governamental de atenção humanizada ao recém-nascido, em 2000⁵.

A promoção de leis e políticas de saúde ao RN contribuiu para a inserção dos pais na UTIN. Muitos profissionais consideram que a implementação de programas governamentais e de legislação específica vem modificando as práticas no cuidado.

A gente explicava que o filho não era nosso, o filho era dos pais e da família! Então eles tinham todo o direito de

entrar. Nessa época não tinha o estatuto da criança e do adolescente, então tinha que ser uma bandeira. (E4)

Eu me recuso a falar de que a presença dos pais ou de que a humanização é boa para criança. Eu falava isto nos anos 80 quando as pessoas precisavam ser esclarecidas. Mas agora tem uma vasta documentação científica e uma vasta legislação. (M2)

O discurso dos profissionais reforça a questão de que a legalização de políticas públicas para o recém-nascido repercutiu de maneira significativa na qualidade da assistência neonatal. Na década de 1980, ainda eram incipientes as práticas de humanização e o incentivo à presença da família na UTIN, o foco do cuidado estava voltado para a doença, a sobrevivência do recém-nascido¹⁷.

Entretanto, mesmo nos dias atuais, onde a presença dos pais durante a hospitalização do filho é garantida por lei, esta ainda não é uma realidade na maioria das instituições, principalmente nas UTIs, visto que muitos profissionais desconhecem ou desrespeitam a lei¹⁴. Infelizmente o que está no papel não garante que a prática seja efetiva.

CONCLUSÃO

Ao problematizar esta história, a partir do discurso dos profissionais de saúde, percebemos que há muitas construções e desconstruções sobre a presença da família na UTIN. Se, por um lado, o pai e a mãe só entram no hospital em horário de visita e são vistos por alguns profissionais como um problema, por outro, o discurso é em defesa da presença e participação da família, entendendo que esta prática é fundamental para o cuidado ao RN.

Nesse sentido, a relação de cuidado emerge como sendo uma relação de parceria, na qual as responsabilidades precisam ser compartilhadas pelos pais/familiares e profissionais de saúde, visando a promoção da qualidade da assistência. Entretanto, na prática, percebemos muitas vezes que o profissional de saúde detém o poder sobre o RN e sua família, disciplinando as atitudes e condutas. O controle do tempo e do espaço ainda é regido pelos profissionais de saúde. O discurso do que deve ser feito ainda está bastante aquém do que é feito efetivamente na prática cotidiana na UTIN.

É preciso compreender de que forma as práticas vêm sendo instituídas, como se instituíram as relações e diferentes jogos e lutas, que saber é dominante em determinado momento em cada situação. Procurar o que está por trás dos enunciados, limitar a presença dos pais na UTIN favorece quem? Qual a melhor prática para o RN? Para a família? E para o profissional de saúde? No caminho da transformação, percebemos que a família passou de um caráter de *problema* para ser vista como *fundamental*, esta é a gênese de uma grande virada no saber/fazer.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos Júnior MC, Lima FET, Sherlock MSM. Vivência materna com o neonato portador de pneumonia. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:216-22.
2. Gaiva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58:444-8.
3. The Platt Report. *Br Med J*. 1961; 2:1341-2.
4. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. 3ª ed. Brasília (DF); 2001.
5. Ministério da Saúde (Br). Norma da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguuru. Brasília (DF); 2002.
6. Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1989.
7. Costa R, Padilha MI. O hospital infantil como marco no atendimento ao recém-nascido de risco em Santa Catarina (1987-2009). *Texto contexto - enferm*. 2010; 19:469-78.
8. Le Goff J, organizador. *A história nova*. Tradução de Eduardo Brandão. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
9. Meihy JCSB. *Manual de história oral*. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
10. Foucault M. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
11. Carapinheiro G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Lisboa (Po): Afrontamento; 1993.
12. Foucault M. *Microfísica do poder*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1982.
13. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface*. 2004; 8(14):21-32.
14. Molina RCM, Varela PLR, Castilho AS, Bercini LO, Marcon SS. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. *Esc Anna Nery*. 2007; 11:403-8.
15. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc*. 2008; 17(2):107-19.
16. Nagahama EEI, Silvia MS. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2005; 10:651-7.
17. Costa R, Padilha MI, Monticelli M, Ramos FRS, Borenstein MS. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. *História da Enfermagem - Revista Eletrônica (HERE)*. 2010; 1:55-68.