

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001260016>

FORÇAS QUE INTERFEREM NA MATERNAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Leidiane Ferreira Santos¹, Isabella Afonso de Souza², Cintia Flores Mutti³, Nayane de Sousa Silva Santos⁴, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira⁵

- ¹ Doutora em Ciência da Saúde. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, Tocantins, Brasil. E-mail: leidieneasantos@uft.edu.br
- ² Enfermeira. Palmas, Tocantins, Brasil. E-mail: bella_afonso@hotmail.com
- ³ Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UFT. Palmas, Tocantins, Brasil. E-mail: cfmutti@uft.edu.br
- ⁴ Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UFT. Palmas, Tocantins, Brasil. E-mail: nayanasantos@mail.uft.edu.br
- ⁵ Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: lizete.malagoni@gmail.com

RESUMO

Objetivo: identificar as forças impulsoras e restritivas envolvidas no processo de maternagem aos recém-nascidos hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva neonatal.

Método: pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, que possui como referencial a Teoria de Campo de Forças. Participaram dez mães. Os dados foram coletados de setembro a dezembro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada, e submetidos à análise de conteúdo.

Resultados: comunicação efetiva, inclusão da família no cuidado, trabalho em equipe, aprendizagem e espaço físico adequado atuaram como forças que impulsionaram a maternagem. Condutas autoritárias, estigmas relacionados à unidade de terapia intensiva neonatal, falta de assistência especializada, não realizar cuidados ao recém-nascido, cansaço físico, estresse emocional e mudanças na rotina diária atuaram como forças que restringiram a maternagem.

Conclusão: identificar o campo de forças possibilitou compreender fatores e situações que influenciam a maternagem e diagnosticar as verdadeiras demandas biopsicossociais das mães dos recém-nascidos hospitalizados.

DESCRIPTORIOS: Criança hospitalizada. Comportamento materno. Relações mãe-filho. Relações profissional-família. Unidade de terapia intensiva neonatal.

FORCES INTERFERING IN THE MOTHERING PROCESS IN A NEONATAL INTENSIVE THERAPY UNIT

ABSTRACT

Objective: to identify the driving and restrictive forces involved in the maternity process for newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit.

Method: descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, which uses the Force Field Theory as a reference. Ten mothers participated. Data were collected from September to December 2014, through a semi-structured interview, and submitted to content analysis.

Results: effective communication, inclusion of the family in care, teamwork, learning and adequate physical space served as forces that fostered mothering. Authoritative behaviors, stigmas related to the neonatal intensive care unit, lack of specialized care, failure to perform care for the newborn, physical fatigue, emotional stress and changes in the daily routine acted as forces that restricted the mothering process.

Conclusion: identifying the field of forces made it possible to understand factors and situations that influence mothering and to diagnose the true biopsychosocial demands of mothers of hospitalized newborns.

DESCRIPTORS: Children hospitalized. Maternal behavior. Mother-child relations. Professional-family relations. Neonatal intensive care unit.

FUERZAS QUE INTERFEREN EN EL PROCESO DE MATERNIDAD EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

RESUMEN

Objetivo: identificar las fuerzas impulsoras y restrictivas involucradas en el proceso de maternidad a los recién nacidos hospitalizados en una unidad de terapia intensiva neonatal.

Método: investigación descriptiva y exploratoria, de abordaje cualitativo, como referencial la Teoría de Campo de Fuerzas. Participaron diez madres. Los datos fueron recolectados de septiembre a diciembre de 2014, por medio de entrevista semiestructurada, y sometidos al análisis de contenido.

Resultados: comunicación efectiva, inclusión de la familia en el cuidado, trabajo en equipo, aprendizaje y espacio físico adecuado actuaron como fuerzas que impulsaron la maternidad. Las conductas autoritarias, estigmas relacionadas con la unidad de terapia intensiva neonatal, falta de asistencia especializada, no realizar cuidados al recién nacido, cansancio físico, estrés emocional y cambios en la rutina diaria actuaron como fuerzas que restringieron la maternidad.

Conclusión: identificar el campo de fuerzas permitió comprender factores y situaciones que influyen la maternidad y diagnosticar las verdaderas demandas biopsicosociales de las madres de los recién nacidos hospitalizados.

DESCRIPTORES: Niño hospitalizado. Conducta materna. Relaciones madre-hijo. Relaciones profesional-familia. Unidades de cuidado intensivo neonatal.

INTRODUÇÃO

Comumente, o nascimento de uma criança simboliza momento de grande expectativa para a mulher e sua família. Entretanto, algumas situações podem levar o recém-nascido (RN) a depender de cuidados especializados e a ser hospitalizado em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Quando isso acontece, as pessoas envolvidas nesse processo passam a experimentar sentimentos como ansiedade e sofrimento, além de estresse emocional.¹⁻³

Nas UTINs, a maioria dos cuidados implementados ao RN é realizada pelos profissionais de saúde que, habitualmente, definem quem, como e quando cuidar da criança. Essa situação pode provocar tensões entre profissionais e família devido ao confronto entre modelos, práticas, interesses e vozes.⁴ A hospitalização do RN pode comprometer a maternagem,⁵⁻⁶ ou seja, o conjunto de cuidados realizados pela mãe ao bebê visando a atender às suas necessidades de “continência” que compreendem não apenas o ato mecânico de segurar a criança no colo e os cuidados relacionados ao manuseio do corpo, mas também o suporte físico e emocional.⁷⁻⁸

O processo de maternagem envolve a sensibilidade da mãe (pessoa que exerce a função materna) em decodificar e compreender as necessidades da criança, estabelecendo uma rotina que favoreça seu crescimento, seu desenvolvimento e estabilidade emocional, e ofereça proteção contra os perigos externos.⁷⁻⁸ Nessa perspectiva, salienta-se a importância de proporcionar ambiente favorável à construção de vínculo entre mãe-bebê, pois a falta de condições adequadas para se estabelecer tal interação pode afetar a maternagem e também o desenvolvimento psicoemocional da criança.^{6,8}

Frente aos dados anteriormente apresentados, a seguinte questão norteou o desenvolvimento desta pesquisa: quais fatores impulsionam e restringem a interação e cuidado da mãe ao RN hospitalizado em UTIN? Para compreender tais fatores, utilizouse, como referencial teórico, a Teoria de Campo de Forças,⁹ pois, por meio dela, entende-se que o sujeito só pode ser compreendido dentro do contexto de suas relações, desde as mais elementares, com as pessoas de seu convívio, até as mais amplas, com a sociedade, a história e o universo.¹⁰

Ao longo da existência, cada pessoa sintetiza, de maneira diferente, suas vivências e experiências com o meio no qual está inserida. Desse modo, cada ser humano possui uma dinâmica própria, interpreta suas vivências e percebe as coisas, as pessoas e as situações de maneira particular. Entende-se, então, que o comportamento de cada sujeito é o resultado de uma totalidade de fatos e eventos coexistentes em uma determinada situação. Nesse processo, a inter-relação entre os fatos e eventos experienciados por cada pessoa cria um campo de forças que representa seu ambiente psicológico, o espaço vida que a contém e tudo aquilo que a rodeia.⁹

Esse campo de forças é representado por valências positivas (impulsoras) e negativas (restrictivas), ou seja, forças que ajudam e que dificultam processos de trabalho e de interação pessoal. Essas forças estão distribuídas na dimensão “Eu” - engloba fatores que se relacionam à pessoa como indivíduo: motivação, talentos, timidez; “Outro” - abrange fatores referentes à relação com outras pessoas, tais como liderança, competência, conflitos, simpatia; e a dimensão “Ambiente” - compõe-se de elementos referentes ao espaço e à estrutura física, recursos materiais e dinâmica organizacional.¹¹

Assim, objetivou-se identificar as forças impulsoras e restritivas envolvidas no processo de maternagem aos recém-nascidos hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Trata-se de uma pesquisa inovadora que apresenta uma nova possibilidade, a Teoria de Campo de Forças, para identificar e compreender situações relacionadas à mãe, à equipe de saúde e ao ambiente, que ajudam e dificultam para a família viver a situação de ter e conviver com RN hospitalizado e desenvolver o processo de maternagem em UTIN. Acredita-se que, ao conhecer as forças que atuam para favorecer ou dificultar o processo do cuidado materno ao RN, a equipe de saúde poderá implementar estratégias que qualificam e humanizam a assistência a essa clientela, por meio de intervenções que possam, efetivamente, atender às suas demandas.

MÉTODO

Pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, que possui como referencial teórico a Teoria de Campo de Forças.⁹ Participaram dez mães de RN hospitalizados na UTIN de uma maternidade pública, localizada no município de Palmas-TO, Brasil.

A referida unidade está certificada pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Estadual no Método Canguru. Possui 20 leitos destinados ao cuidado de RN graves e de alto risco que, por suas características, permanecem internados por tempo que pode variar de semanas a meses, fazendo com que, comumente, todos os leitos estejam ocupados.

Foram critérios para inclusão nesta pesquisa: mães de RN hospitalizados na UTIN por, no mínimo, sete e, no máximo, 27 dias; estar experienciando, pela primeira vez, a internação de um filho em UTIN; mães de RN hospitalizados na UTIN por motivo de prematuridade. Utilizou-se como critério de exclusão: mães com idade inferior a 18 anos.

Para a coleta de dados, ocorrida de setembro a dezembro de 2014, foi realizada entrevista individual semiestruturada, em sala localizada nas dependências da UTIN, em dia e horário previamente acordados com os responsáveis pela unidade de saúde e com as mães dos RNs hospitalizados. A determinação do número de mães entrevistadas aconteceu durante a coleta de dados e foi orientada pelo critério da saturação dos dados, ou seja, quando foi possível identificar padrões simbólicos, comportamentos, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo investigado. Ao atingir o “ponto de saturação”, deu-se por finalizado o trabalho de coleta de dados.¹²

As entrevistas foram gravadas em mídia digital e norteadas pelas seguintes questões: “fale-me sobre a experiência de ter e de conviver com RN hospitalizado em UTIN;” e “fale-me sobre situações que ajudam e dificultam no seu cuidado ao RN”. Posteriormente, foram transcritas e submetidas à técnica de análise de conteúdo.¹³ Para esse processo, utilizaram-se categorias teóricas que foram construídas a partir do referencial teórico adotado nesta pesquisa,⁹ a saber: “Forças que impulsionam o processo de maternagem ao RN hospitalizado em UTIN” e “Forças que restringem o processo de maternagem ao RN hospitalizado em UTIN”. Essas categorias representam o campo de forças constituído a partir dos vetores “Eu” (mãe do RN), “Outro” (equipe de saúde) e “Ambiente” (UTIN) que influencia no processo de maternagem na UTIN.

Para a apresentação dos resultados, as entrevistadas foram representadas pela letra “E” e sistema alfanumérico (E1, E2, etc.), a fim de preservar a identidade das participantes. Essa pesquisa foi autorizada pela Diretoria de Enfermagem da UTIN e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas Humanas da Universidade Federal do Tocantins, protocolo 036/2014.

RESULTADOS

Participaram dessa pesquisa dez mães com idade entre 19 e 35 anos. Sete residiam no Município de Palmas-TO, e todas possuíam ensino fundamental completo. Duas eram solteiras e cinco informaram vínculo empregatício formal. A renda familiar variou de um a quatro salários mínimos.

O mapeamento do campo de forças na UTIN permitiu identificar fatores que causam motivação e desconforto às mães, interferindo no processo de maternagem ao RN. Embora diversos sentimentos e situações possam ajudá-la a experienciar, de modo menos traumático, o processo de hospitalização da criança, muitas vivências comprometem significativamente o bem-estar materno/familiar e, inclusive, prejudicam a interação família/criança e família/equipe de saúde, conforme evidenciam as categorias que se seguem.

Forças que impulsionam o processo de maternagem ao recém-nascido hospitalizado em unidade de terapia intensiva neonatal

Nos depoimentos das mães, foi possível confirmar que muitos fatores podem impulsionar o cuidado materno e configuram-se em aspectos

positivos durante o período de hospitalização da criança. Algumas características do vetor “Ambiente” (UTIN) contribuíram para que demandas de ordem física e psicossocial das mães fossem atendidas, favorecendo, conseqüentemente, o bem-estar materno e o processo de maternagem: [...] *nos outros hospitais que fui, não tinha a salinha para a gente ficar, não tinha comida e aqui tem tudo. [...] fico com mães que estão passando pela mesma situação, trocando experiências (E4); [...] tem o espaço que as mães ficam e eu já fiz algumas amizades (E6).*

Dentre as forças que impulsionam o processo de maternagem ao RN internado em UTIN, o vetor “Outro” equipe de saúde operou como fonte de suporte à mãe e revelou-se importante para tornar o processo de hospitalização da criança experiência menos dolorosa, como revelam as falas a seguir: [...] *eu tive muito apoio deles, dos médicos, das enfermeiras e de todos aqui (E5); são muito atenciosos, quando eu preciso, se acontece alguma coisa, a gente chama, eles estão lá (E8); [...] ela [profissional da saúde] vem, fala algo, brinca com a gente, ajuda muito. Ela vem, faz uma gracinha, aí não tem jeito: a gente acaba ficando feliz (E9).*

O trabalho multiprofissional também operou no campo de forças de modo positivo, contribuindo para qualificar a assistência dispensada às mães dos RNs: *eu, aqui no hospital, só tenho a agradecer à equipe de técnicos de enfermagem, psicólogos, assistente social e dos médicos. Admiro muito eles, principalmente, os técnicos de enfermagem. [...] e você percebe que todos eles trabalham em conjunto para melhor atender a gente e tudo que possa envolver o bebê (E3); me ajudaram muito a cuidar dela. A psicóloga, a assistente social e as enfermeiras, com o passar dos dias, iam ficando melhor, porque sempre iam conversando com a gente, explicando, me ensinando e me dando palavras de consolo (E10).*

Os depoimentos mostram que, ao incluir as mães no processo de cuidado dos RN, os profissionais de saúde contribuem muito para que elas vivenciem experiências positivas e prazerosas, colaborando para que se sintam verdadeiramente mães de seus filhos: [...] *por não ter experiência de cuidar de um bebê assim, tão prematuro, a enfermeira tem maior cuidado de chegar na mãe e falar ‘é assim que cuida, é dessa maneira’ (E2); [...] as enfermeiras sempre ajudam a estar pegando ele. É isso que me ajuda a cuidar dele lá [UTIN] (E7); as enfermeiras me ajudaram bastante, me ensinaram o que eu tenho que fazer. Eu sei algumas coisas, mas eu tenho medo de machucar ele por ele ser muito pequeno, prematuro, né? Aí elas me ensinaram direitinho as coisas e vou aprendendo com elas (E9); [...] porque, sempre, as enfermeiras sempre ajudaram. ‘Mãezinha, você quer pegar seu bebê?’ ou ‘Quer*

ajudar a dar banho nela?’ Então, isso me ajudou muito a cuidar dela lá dentro [UTIN] (E10).

A comunicação efetiva também atuou positivamente no campo de forças, já que foi apontada pelas mães como algo que contribui para reduzir a ansiedade e o sofrimento, especialmente, por permitir que as famílias compreendam a real situação dos RNs: *a equipe é maravilhosa, sempre explicou direitinho. Pergunta se a gente tem alguma pergunta para fazer, não deixa passar nada em branco. Aí, eles também são bem realistas, não escondem nada de mim (E1); Eles [médicos] são presentes, qualquer dúvida que você tenha, eles respondem. As enfermeiras são muito boas, qualquer coisa que você precisar, se tiver preocupada com o neném, qualquer coisa é só procurar elas que informam (E2); [...] o boletim é tão preciso que, às vezes, nem precisa perguntar nada para eles. Falam tudo sobre como está a situação da minha filha (E6).*

Além do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, também se apresentou, como força que impulsiona o processo de maternagem ao RN hospitalizado em UTIN, o vetor “Eu” mãe do RN, em que a disponibilidade para aprendizagem e o desejo de vencer as dificuldades colaboraram para que as mães vivenciassem, de modo menos desgastante, a hospitalização da criança: *outra coisa que acaba facilitando é minha força de vontade de vencer essas dificuldades e meus medos e de lutar (E3); e o que vai ajudando é aprender a ser mais calma e ir aprendendo com o que as enfermeiras vão explicando (E6); [...] e a questão da experiência vou ter para mim como meio que um exemplo de superação (E10).*

A capacidade de resiliência experienciada pelas mães dos RNs atua positivamente no campo de forças e colabora para que a mulher se perceba como mãe e exerça sua maternagem.

Forças que restringem o processo de maternagem ao recém-nascido hospitalizado em unidade de terapia intensiva neonatal

Nos depoimentos maternos, identificou-se que situações anteriores à hospitalização do RN também causam estresse à família e podem contribuir para sua vulnerabilidade emocional. Notou-se que o itinerário percorrido pela família, até a hospitalização do RN, é permeado por problemas de acesso aos serviços de saúde, de cobertura e/ou na qualidade dos atendimentos recebidos, evidenciando fragilidades em relação à assistência à saúde infantil no país: *eu estava morando em uma cidade que não tinha recurso nenhum para meu filho (E2); [...] por que não me mandaram para um lugar que tinha o tratamento? Isso*

tudo me deixa frustrada, eu e minha família. [...] desde quando minha menina nasceu eu estou lutando direto. [...] correndo atrás de Defensoria, Ministério Público estadual e federal, direção de hospital e médicos (E3).

Foi possível identificar que as forças relacionadas ao vetor “Ambiente” (UTIN) podem prejudicar o processo de maternagem na UTIN. O estigma associado às unidades de cuidados intensivos expõe as mães ao medo e incertezas e faz com que elas sofram diante da possibilidade real de morte da criança: [...] só o nome assusta, UTI. Porque a gente, só de olhar aquele tanto de aparelho, dá um medo. (E7); *Eu já tinha entrado em UTI de adulto, mas achei tão ruim quando entrei na de criança, dá tanto medo. E por causa do nome também, UTI, já lembra coisa grave, morte e, quando eu falo que minha neném está na UTI, o povo já se assusta* (E10).

Entende-se, a partir das falas das participantes, que a condição clínica do RN, a dependência de aparelhos e de outros recursos tecnológicos da UTIN podem limitar a interação entre mãe e RN e, até mesmo, impedir que ela estabeleça contato físico com o filho. Tais situações integram o campo de forças e atuam negativamente na maternagem: *acho ruim, porque até hoje nunca peguei meu neném, porque ele está intubado os três meses* (E3); *Aí eu acho ruim, porque eu não posso pegá-lo, porque ele está com os aparelhinhos, agora ele tirou essa semana, mas, mesmo assim, está usando o capacetozinho, mas, mesmo assim, não posso pegar porque ele está no oxigênio* (E4); *mas não é 100% igual quando está na casa da gente, tem mais dificuldades porque você não pode estar pegando ele toda hora, tem os dias certos para isso* (E5).

Muito embora as mães demonstrem reconhecer a importância das frequentes intervenções e procedimentos dolorosos realizados no RN, para a manutenção de sua vida e saúde, a hospitalização da criança na UTIN configura-se em experiência complexa que gera grande estresse emocional e sofrimento: *nos primeiros dias, eu ia lá, ficava tão triste e pensava: ‘nossa, meu filho dentro dessa incubadora.’ Mas eu sabia que era para o bem dele [choro]* (E2); *tem dias que eles furam a criança, tem dias que a gente chora, acha chato ver aquilo. [...] teve um dia que cheguei, tinham colocado um monte de aparelhos nele, fiquei triste, chorei* (E4); *[...] eu fico com tanto dó, a minha filha fica ali com aquele tanto de coisa, só que, como eu te falei, é para o bem dela, a gente sempre deixa* (E6).

Além do ambiente, o vetor “Outro” (equipe de saúde) também comprometeu o processo de maternagem na UTIN, pois, em alguns momentos, atuou de modo a dificultar a interação entre mãe e bebê: [...] *uma enfermeira falou para eu dar licença*

que estava atrapalhando ela, aí fiquei meio assim (E5); *Quando vou fazer do meu jeito, de cuidar dele, logo chega alguém e fala que está errado. Aí acabo ficando nervosa e acaba que meio que abandono o meu jeito de cuidar, e só serve se for do jeito que elas [profissionais de saúde] querem. E nem esperam para ver como cuido. Isso me atrapalha muito* (E9).

Nesta pesquisa, foi expressiva a influência do vetor “Eu” (mãe do RN) no campo de forças que atua no processo de maternagem. As mães sofrem por não ter as habilidades necessárias para realizar os cuidados requeridos pelo RN na UTIN: *tem que aprender muito, até trocar fralda é difícil* (E2); *Como o meu nasceu muito pequeno, com um quilo e cento e cinquenta gramas, se fosse só com meus cuidados não daria conta porque, só para pegar ele, eu fico insegura* (E6).

Foi possível perceber que essas mulheres se sentem inseguras, e o fato de nem sempre conseguirem realizar atividades que, habitualmente, representam cuidados maternos, contribui para o surgimento de ansiedade, frustração e estresse emocional: *fico com medo de quando vou pegar ele puxar a sonda ou a agulha da cabecinha dele e machucá-lo* (E7); *[...] mas eu tenho medo de machucar ele por ele ser muito pequeno, prematuro* (E9); *então, logo, eu pensava: ‘meu Deus, o que é mesmo que eu estou fazendo?’ Eu não faço nada para a minha filha, desde quando ela nasceu só está sofrendo e eu não posso fazer nada* (E10).

Muitas mães ainda revelam que o cansaço físico e o estresse emocional são fatores que comprometem seu bem-estar e dificultam a realização de cuidados ao RN, configurando-se em forças que operam negativamente no processo de maternagem: *é porque eu não posso ficar o tempo todo no hospital, não porque o hospital não deixe, pode ficar o tempo que quiser, mas porque fisicamente não aguento. [...] teve uma mãe aqui, não lembro qual mãe, que dormiu com o bebê no colo, e foi só devido ao teor de estresse e o cansaço* (E3); *quando chego na casa que estou ficando, bate um cansaço e uma tristeza porque o pensamento só fica aqui no hospital e nela* (E10).

As mães relatam que inúmeras mudanças ocorreram em suas vidas, em virtude da hospitalização do RN, que vão desde simples alterações na dinâmica familiar a alterações no comportamento, como demonstram as falas a seguir: [...] *eu não posso ficar em casa arrumando minhas coisas e eu não posso terminar um curso que eu estava fazendo porque eu tenho que ficar aqui com ela e até quando ela sair vai ter uma atenção, por ela ser prematura* (E6); *antes, eu não tinha muitas preocupações, eu sou muito brincalhona, acabei mudando um pouco por causa disso que aconteceu, acabei ficando mais séria* (E9).

O vetor “Eu” (mãe do RN) esteve presente de maneira significativa em todos os depoimentos, demonstrando que características e sentimentos maternos, experimentados com a hospitalização do RN em UTIN, podem comprometer o processo de maternagem: [...] *então, você olha para ela [RN], você não saber nem fazer um carinho, teu lado mãe está muito longe, entendeu?* (E3); *acho que o que me atrapalhou é que meu lado mãe foi meio que escondido, não posso levar ela para casa* (E6); [...] *aquele momento de ser mãe foi reprimido* (E10).

As vivências e relações estabelecidas na UTIN integram o campo de forças e podem comprometer o processo de maternagem, intensificando ainda mais o sofrimento da mãe que experiencia a hospitalização de seu filho.

DISCUSSÃO

Apesar de avanços significativos nos últimos anos, a assistência à criança ainda apresenta fragilidades e configura-se em desafio para diversos países, tais como o Brasil.¹⁴ Nesse cenário, é válido pontuar que o itinerário percorrido pelas mães de RN enfermos é permeado por dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o que corrobora sofrimento, apreensão e angústia às famílias,¹⁵ como evidenciado nas falas das participantes deste estudo.

Identifica-se, assim, a necessidade de políticas públicas sociais, econômicas, ambientais, culturais e de saúde alicerçadas no princípio da equidade para que, efetivamente, possam atender às diferentes demandas da população e qualificar a assistência à criança¹⁶ e, também, de profissionais de saúde aptos a realizar assistência qualificada e unidades de saúde com aparato tecnológico adequado para acolher o RN gravemente enfermo.¹⁷

Destaca-se que a UTIN caracteriza-se como uma unidade de alta complexidade, com recursos tecnológicos e humanos que possibilitam a sobrevivência de RN clinicamente grave. Todavia, a hospitalização do RN nesse local pode expor sua família à vulnerabilidade emocional, especialmente, por ela associar às unidades de cuidados intensivos a possibilidade de morte da criança.¹⁸⁻¹⁹ Neste estudo, o medo de perder o RN e a estranheza em relação ao ambiente da UTIN atuaram no campo de forças, interferindo negativamente na maternagem.

Percebe-se, também, que a separação da mãe e do bebê, decorrente de sua internação na UTIN, gera sentimentos contraditórios na mãe. Ao mesmo tempo em que ela reconhece a necessidade e importância da UTIN para a manutenção da vida

de seu filho, também experiencia grande tristeza e angústia por sua situação clínica, medo de que ele sinta dor e morra e incertezas relacionadas ao que ele ainda enfrentará.²⁰

Para as mães, é muito difícil ver o filho envolto por aparelhos e expostos a procedimentos dolorosos. Diante dessa vivência, elas se sentem impotentes e fragilizadas.¹⁸ Dessa maneira, é essencial compreender que, na UTIN, apesar de muitas mães conseguirem interagir com a criança por meio do toque pele a pele, já na primeira visita, algumas, devido ao seu nervosismo, estranhamento em relação ao ambiente e gravidade do quadro clínico da criança, conseguem apenas observar o RN.²⁰ Assim, é fundamental que o profissional de saúde não realize julgamentos ou critique a conduta materna, mas se mostre sensibilizado com sua dor, respeite suas limitações e ofereça apoio.²¹ Como evidenciado nesta pesquisa, o estado de saúde do RN, a dependência de diversos dispositivos e o ambiente pessoal da UTIN repercutiram negativamente no campo de forças, comprometendo o processo de maternagem.

A falta de estrutura que proporcione o mínimo de conforto para o acolhimento da família na UTIN e os ruídos e alarmes provenientes dos aparatos tecnológicos, aliados ao cansaço, ao estresse emocional e à falta de tempo para o cuidado de si mesmo são situações que podem interferir negativamente na vida das famílias que acompanham RN hospitalizados e comprometer a saúde física e mental dessas pessoas.³

Assim, as instituições de saúde devem investir recursos para a criação de ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para melhorar a assistência à criança hospitalizada e à sua família. Além de proporcionar bem-estar a essa clientela, o uso da arquitetura também pode facilitar o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais de saúde.²² Nesta pesquisa, a oferta de alimentação e de uma sala destinada ao descanso e acolhimento das mães dos RN configurou-se em força que atuou positivamente no processo de maternagem, pois contribuiu para a permanência da mãe na UTIN e, conseqüentemente, para a interação e a construção de vínculo entre mãe e bebê.

No cuidado em saúde, são imperativas estratégias que minimizam o sofrimento das mães que acompanham seus filhos durante o tratamento. Desse modo, cabe aos profissionais de saúde fornecer apoio no enfrentamento desses dias difíceis, por meio do cuidado humanizado, que é construído a partir de vínculos e responsabilizações que extrapolam a assistência biológica do corpo.^{1,19}

Nessa perspectiva, a oferta de apoio e a comunicação efetiva representam forças produzidas pela equipe de saúde que contribuem significativamente para o processo de maternagem.²³ A qualidade da assistência depende tanto da tecnologia, quanto do fator humano, e a equipe de saúde precisa compreender que ambos têm importância na qualificação de seu desempenho profissional.^{19,21}

Assim, os profissionais de saúde não devem agir como meros realizadores de cuidados técnicos ao paciente, mas exercer o papel de facilitadores da vivência de hospitalização tanto para a criança, quanto para sua família, em que a assistência tenha como enfoque as reais necessidades biopsicossociais dessas pessoas,^{18,21} pois, dessa maneira, contribuirão positivamente para o processo de maternagem na UTIN.

A escuta atenta, o diálogo e a comunicação terapêutica são instrumentos valiosos para o amparo e o fortalecimento de pessoas fragilizadas, como as mães de RN em UTIN. Acredita-se que a empregabilidade destes instrumentos é uma condição essencial para a efetivação do cuidado, e esta ocorre quando o profissional adquire conhecimento e sensibilidade ao outro.²¹

Para tanto, é necessário, à equipe de saúde, compreender que o ambiente hospitalar, por configurar-se em lugar desconhecido para a família, pode fazer com que ela se sinta insegura para expor suas dúvidas e medos, bem como excluída das conversas realizadas pelos profissionais de saúde em relação à criança, uma vez que eles geralmente usam linguagem de difícil entendimento para a família.³

Pesquisa recente demonstrou que, em momentos de grande estresse emocional para a família, tais como o de receber notícias em relação ao tratamento e situação da doença da criança, a comunicação, quando existente, mostra-se ineficaz, com informações confusas e ambíguas.²⁴

Falhas na comunicação contribuem para a maior incidência de sintomas de ansiedade nas famílias.^{21,25} Por outro lado, a comunicação efetiva permite ao profissional estabelecer relacionamento interpessoal autêntico com seus clientes, ajudando-os na sua recuperação e superação de situações traumáticas,²¹ e pode colaborar para a manutenção do vínculo entre mãe e RN e impulsionar o processo de maternagem, como se observou nos depoimentos das participantes deste estudo.

Além disso, a inclusão da família no processo de cuidado do RN e o trabalho multidisciplinar também se configuraram em forças que influenciaram positivamente o processo de maternagem na

UTIN. Nesse cenário, é imprescindível a realização de práticas cuidativas embasadas no diálogo, na negociação e na participação das mães junto à equipe de saúde. Os profissionais, ao elaborarem normas e rotinas, devem vislumbrar uma gestão participativa, que possibilite ao familiar cuidador coparticipação na tomada de decisões em relação ao processo saúde e doença de seus filhos, vivenciando, no hospital, um ambiente de aprendizado e de cuidado e reconhecendo-se, também, como sujeito cuidado e cuidador.²⁶

Todavia, esse processo, muitas vezes, pode ser marcado por conflitos, sinalizando a necessidade de incorporação do diálogo como uma das tecnologias do cuidado ao RN e à sua família.⁴ Nesta pesquisa, algumas mães relataram momentos conflituosos com a equipe de saúde e esses atuaram negativamente no campo de forças, comprometendo o processo de maternagem na UTIN.

Nesse sentido, enfatiza-se que a integração da família no processo de cuidado da criança na unidade de internação hospitalar é uma competência que precisa ser incentivada pela equipe de saúde, por meio da flexibilização das normas e rotinas. Essa é uma estratégia que se apresenta como possibilidade para um cuidado mais efetivo, singular e prazeroso, no qual tanto famílias, quanto profissionais têm a oportunidade de se sentir valorizados, competentes e plenos.²⁶⁻²⁷ Tal atitude leva à construção de um cuidado comprometido com a subjetividade, a autonomia e a alteridade das famílias de crianças hospitalizadas em UTIN.⁴

Também é fundamental compreender que uma mulher não se configura primordialmente como mãe. A função materna é um processo de construção.⁷⁻⁸ Assim, ao mostrar-se pronta ou não a materno seu filho, a mulher apresenta sentimentos que podem ser traduzidos em necessidades de esclarecimento de dúvidas, frustrações e anseios. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem iniciar aproximações progressivas entre mãe e criança, facilitando o desenvolvimento da maternagem e a criação de vínculo saudável entre a mãe e seu filho.⁵

É válido pontuar que os fatores que afetam o vínculo afetivo entre mãe e RN, fragmentando a formação do apego, estão intimamente relacionados a diversas emoções e sofrimento experienciados pela mãe devido ao adoecimento e hospitalização do RN.¹⁸ Nesta pesquisa, foi relevante a influência negativa dos sentimentos de medo, angústia e insegurança e a falta de habilidades para cuidar do RN, no campo de forças que representa o processo de maternagem. Tal situação demonstra que é imprescindível, aos

profissionais de saúde, implementar estratégias direcionadas à mulher, com intento de colaborar para que elas consigam, efetivamente, cuidar de seus filhos e exercer plenamente a maternagem.

Destaca-se que a maternagem é exercida por meio do olhar, do toque terno, da voz e do contato afetivo, e dá sentido a tudo o que o bebê está vivendo. A mãe, ao interagir com o RN, aproxima-se de suas necessidades e pode discernir entre o que é agradável para ele e o que é necessário para aliviá-lo de qualquer desconforto. Evidente que a falta de interação entre a mãe e o bebê pode comprometer o desenvolvimento emocional e as funções cognitivas do RN.⁷⁻⁸ Todavia, os efeitos deletérios na formação da personalidade da criança e as consequências sociais causadas pelo afastamento, tais como rejeição e maus-tratos, podem ser minimizados quando os profissionais de saúde apoiam o desempenho de uma maternagem suficientemente boa.⁵

Assim, essas mulheres precisam de auxílio dos profissionais de saúde para aprimorar e assumir, efetivamente, o papel materno.^{18,28} Contudo, apesar das discussões que abordam a necessidade de humanização da assistência às famílias em situação de vulnerabilidade emocional, ainda são incipientes as estratégias sistematizadas de apoio formal a essas pessoas.^{2,29-30}

Adentrar a vida da família e olhar com os olhos de quem vive a experiência e não somente como espectador pode contribuir para que o profissional compreenda o verdadeiro impacto da doença na dinâmica familiar e o sensibilize para a valorização das experiências humanas e a ter compaixão pelo dor do outro.²¹

Neste estudo, as mães indicaram que o trabalho da equipe multiprofissional contribui para o processo de maternagem na UTIN. O trabalho em equipe multiprofissional colabora para melhorar a qualidade do serviço oferecido. São ferramentas importantes, nesse processo, o planejamento e a comunicação efetiva entre os envolvidos nas atividades.³¹

Quando a equipe multiprofissional se sente respeitada e motivada, é capaz de estabelecer relações interpessoais mais significativas e saudáveis com os pacientes familiares.¹⁸ Por sua vez, interações positivas entre equipe de saúde e família podem ajudar essas pessoas a superar momentos de dificuldades e de sofrimento na UTIN.¹⁹

Considerando o referencial metodológico adotado, apresenta-se, como limitação desta pesquisa, a não medição da intensidade de cada força que atua impulsionando ou restringindo a maternagem. Também sugerem-se novos estudos que contem-

plem os pais, outros familiares e profissionais de saúde, para melhor compreensão do impacto da hospitalização na construção e manutenção de vínculo entre criança e família.

CONCLUSÃO

Diversas forças estão envolvidas no processo de maternagem na UTIN. Dentre aquelas que impulsionam a maternagem, destacam-se, no vetor "Outro" (Equipe de Saúde), o apoio emocional, a comunicação efetiva, incluir a família no cuidado do RN e trabalho em equipe; no vetor "Eu" (Mãe do RN), a aprendizagem e o desejo de vencer as dificuldades, e no vetor "Ambiente" (UTIN), espaço físico para as mães.

Em relação aos fatores que colaboram para restringir o processo de maternagem na UTIN, destacaram-se, no vetor "Outro" (Equipe de Saúde), as condutas autoritárias dos profissionais de saúde; no vetor "Ambiente" (UTIN), os estigmas relacionados à UTIN e à falta de unidades especializadas para assistência à saúde da criança, e no vetor "Eu" (mãe do RN), distanciamento do filho, não realizar cuidados ao RN, o cansaço físico e estresse emocional, a condição clínica do RN, sentimentos negativos (medo, ansiedade, impotência) e mudanças na rotina diária.

Os resultados deste estudo podem nortear ações implementadas pelas equipes de saúde que atuam em UTIN, com vistas ao aprimoramento de intervenções que atendam às reais necessidades da mãe que experiencia a situação de ter o filho, RN, hospitalizado. A aproximação ao referencial teórico Teoria de Campo de Forças e sua aplicação no contexto da UTIN permitiram vislumbrar forças que atuam para favorecer e dificultar o processo de maternagem, bem como compreender como o ambiente, os profissionais de saúde e as mães dos RN hospitalizados se inter-relacionam.

Conclui-se que identificar o campo de forças que atua na UTIN possibilitou compreender fatores e situações que influenciam o processo de maternagem nessa unidade e configurou-se em estratégia que permite diagnosticar as verdadeiras demandas biopsicossociais das mães dos RN hospitalizados. Assim, o campo de forças é uma ferramenta que pode ser usada pelos profissionais de saúde para qualificar e humanizar a assistência prestada às famílias e aos RNs em UTIN.

REFERÊNCIAS

1. Giménez EC, Sánchez-Luna M. Providing parents with individualised support in a neonatal intensive

- care unit reduced stress, anxiety and depression. *Acta Pediatr*. 2015 Jul; 104(7):300-5.
2. Finlayson K, Dixon A, Smith C, Dykes F, Flacking R. Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. *Sex Reprod Healthc*. 2014 Oct; 5(3):119-24.
 3. Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Siqueira KM, Peixoto MKAV. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 Jul [cited 2016 May 19]; 66(4):473-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a02.pdf>
 4. Duarte ED, Sena RR, Dittz ES, Tavares TS, Lopes AFC, Silva PM. The role of the family in care delivery to hospitalized newborns: possibilities and challenges towards comprehensive care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 Oct [cited 2016 May 19]; 21(4):870-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en_18.pdf
 5. Reis AT, Santos RS. Maternagem ao recém-nascido cirúrgico: bases para a assistência de Enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 May 19]; 66(1):110-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a17.pdf>
 6. Esteves CM, Anton MC, Piccinini CA. Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. *Psic Clin* [Internet]. 2011 Aug [cited 2016 May 19]; 23(2):75-99. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v23n2/06v23n2.pdf>
 7. Miranda MA, Martins MS. Maternagem: quando o bebê pede colo [Internet]. São Paulo (SP): Nove & Dez Criação e Arte; 2007. [cited 2016 May 19]. Available from: <http://www.usp.br/neinb/wp-content/uploads/NEINB-USP-VOL-2.pdf>
 8. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2006.
 9. Lewin K. Teoria de Campo em Ciência Social. São Paulo (SP): Pioneira; 1965.
 10. Baroncelli L. Adolescência: fenômeno singular e de campo. *Rev Abordagem Gestalt* [Internet]. 2012 Dec [cited 2016 May 19]; 18(2):188-96. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v18n2/v18n2a09.pdf>
 11. Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo. Rio de Janeiro (RJ): José Olympio; 2008.
 12. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad Pesqui* [Internet]. 2002 Mar [cited 2016 May 19]; (115):139-54. Available from: http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_reflexoes_sobre_o_trabalho_de_campo.pdf
 13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 2010.
 14. Wang H, Liddell CA, Coates MM, Mooney MD, Levitz CE, Schumacher AE et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* [Internet]. 2014 Sep [cited 2016 May 19]; 384(9947):957-79. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4165626/pdf/emss-60026.pdf>
 15. Oliveira K, Veronez M, Marques CDC, Higarashi IH, Marcon SS. Itinerário percorrido pelas famílias de crianças internadas em um hospital escola. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 May 19]; 67(1):36-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0036.pdf>
 16. Bühler HF, Ignotti E, Neves SMAS, Hacon SS. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 Oct [cited 2016 May 19]; 19(10):4131-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4131.pdf>
 17. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Tos BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 Nov [cited 2016 May 19]; 67(6):1000-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>
 18. Cartaxo LS, Torquato JA, Agra G, Fernandes MA, Platel ICS, Freire MEM. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 Nov [cited 2016 May 19]; 22(4):551-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf>
 19. Santos LF, Oliveira LMAC, Munari DB, Peixoto MKAV, Silva CC, Ferreira ACM et al. Grupo de suporte como estratégia para assistência de enfermagem a família de recém-nascidos hospitalizados. *Rev. Eletr. Enferm* [Internet]. 2012 Jan [cited 2016 May 19]; 14(1): 42-9. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a05.pdf
 20. Perlin DA, Oliveira SM, Gomes GC. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 Sep [cited 2016 May 19]; 32(3):458-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/04.pdf>
 21. Santos LF, Oliveira LMAC, Munari DB, Barbosa MA, Peixoto MKAV, Nogueira ALG. When the communication is harmful in the encounter between health professional and family of hospitalized child. *Enferm Glob* [Internet]. 2015 Jan [cited 2016 May 19]; 14(37):216-26. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/en_docencia4.pdf
 22. Ribeiro JP, Gomes GC, Thofehr MB. Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 Jun [cited 2016 May 19]; 48(3):530-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/0080-6234-reeusp-48-03-530.pdf>

23. Abdeyazdan Z, Shahkolahi Z, Mehrabi T, Hajiheidari M. A family support intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2014 Jul [cited 2016 May 19]; (4):349-53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4145487/?report=reader>
24. Sanches MVP, Nascimento LC, Lima RAG. Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 May 19]; 67(1):28-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0028.pdf>
25. Rusinova K, Kukal J, Simek J, Cerny V. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives - the DEPRESS study. *BMC Psychiatry*. 2014 Jan; 14(21):2-7.
26. Xavier DM, Gomes GC, Santos SSC, Lunardi VL, Pintanel AC, Erdmann AL. A família na unidade de pediatria: convivendo com normas e rotinas hospitalares. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 May 19]; 67(2):181-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0181.pdf>
27. Lee S, O'Brien K. Parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *CMAJ* [Internet]. 2014 Aug [cited 2016 May 19]; 186(11):845-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4119144/>
28. Pereira LB, Abrão ACFV, Ohara CVS, Ribeiro CA. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Jan [cited 2016 Nov 10]; 24(1):55-63. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00055.pdf
29. Aliabadi F, Kamali M, Borimnejad L, Rassafiani M, Rasti M, Shafaroodi N, et al. Parental selfsupport: a study of parents' confront strategy when giving birth to premature infants. *Med J Islam Repub Iran* [Internet]. 2014 Jul [cited 2016 May 19]; 28(82):1-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4301256/>
30. Carmona EV, Coca KP, Vale IN, Abrão ACFV. Mother role conflicts in studies with mothers of hospitalized newborns: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 Apr [cited 2016 May 19]; 46(2):505-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200032&lng=en&nrm=iso&tlng=en
31. O'Malley AS, Gourevitch R, Draper K, Bond A, Tirodkar MA. Overcoming challenges to teamwork in patient-centered medical homes: a qualitative study. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2015 Feb [cited 2016 May 19]; 30(2):183-92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4314489/>

Correspondência: Leidiene Ferreira Santos
Universidade Federal do Tocantins
Curso de Enfermagem.
Av. NS 15, ALCNO 14, Bala II, sala 8B, 109 Norte
77001-090 - Palmas, TO, Brasil
E-mail: leidienesantos@uft.edu.br

Recebido: 19 de maio de 2016
Aprovado: 20 de março de 2017