

Reconhecimento materno na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal

Mother recognition in the Neonatal Intensive Care Unit
Reconocimiento materno en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

**Monika Wernet^I, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres^{II}, Claudia Silveira Viera^{III},
Adriana Moraes Leite^{IV}, Débora Falleiros de Mello^{IV}**

^I Universidade Federal de São Carlos, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. São Carlos-SP, Brasil.

^{II} Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo-SP, Brasil.

^{III} Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Cascavel, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Enfermagem. Cascavel-PR, Brasil.

^{IV} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

How to cite this article:

Wernet M, Ayres JRCM, Viera CS, Leite AM, Mello DF. Mother recognition in the Neonatal Intensive Care Unit. Rev Bras Enferm. 2015;68(2):228-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680207i>

Submissão: 24-05-2014 Aprovação: 19-02-2015

RESUMO

Objetivo: analisar experiências maternas em Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal, com foco nas relações de reconhecimento. **Método:** estudo qualitativo, desenvolvido na perspectiva da hermenêutica gadameriana, fundamentado no conceito honnethiano de reconhecimento. Foram entrevistadas, em profundidade, dez mães de crianças internadas em Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. **Resultados:** há comprometimentos no processo de reconhecimento materno na unidade e, como desdobramento, surgem sentimentos de obrigação e insegurança para o cuidado do filho e fragilidades na autoestima. **Conclusão:** as interações com os profissionais de saúde e as normas e protocolos ali existentes promovem vulnerabilidades e comprometem o reconhecimento e a autonomia materna. **Descritores:** Integralidade em Saúde; Relações Profissional-Família, Terapia Intensiva Neonatal; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Objective: analyze the maternal experience in a neonatal intensive care unit, focusing on relations of recognition. **Method:** a qualitative study, built on the perspective of Gadamer's hermeneutics, based on Honneth's concept of recognition. In-depth interviews were conducted with 10 mothers of children admitted to a neonatal intensive care unit. **Results:** failures were reported in the process of mother recognition in the unit, with consequent feelings of insecurity and obligation to child care, resulting in fragility of self-esteem. **Conclusion:** interactions with health professionals in the NICU and its standards and protocols cause vulnerabilities and affect maternal recognition and autonomy.

Key words: Integrity in Health; Professional-Family Relations; Intensive Care, Neonatal; Humanization of Assistance.

RESUMEN

Objetivo: analizar la experiencia derivada de la maternidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, centrándose en las relaciones de reconocimiento. **Método:** estudio cualitativo, desarrollado desde la perspectiva de la hermenéutica de Gadamer, basado en el concepto honnethiano de reconocimiento. Fueron entrevistados en profundidad diez madres de niños ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. **Resultados:** existen deficiencias en el proceso de reconocimiento materno en la UCIN y, por consiguiente, surgen sentimientos de inseguridad y obligación de cuidar de su hijo resultando en debilidades en su autoestima. **Conclusión:** las interacciones con profesionales de la salud en la unidad y las normas y protocolos allí existentes llevan a vulnerabilidades y comprometen el reconocimiento y autonomía materna.

Palabras clave: Integralidad en Salud; Relaciones Profesional-Familia; Cuidado Intensivo Neonatal; Humanización de la Atención.

AUTOR CORRESPONDENTE **Monika Wernet** E-mail: monika.wernet@gmail.com

INTRODUÇÃO

Dentre as diretrizes do Ministério da Saúde brasileiro para a boa atenção à saúde estão a integralidade e a humanização, efetivadas no cotidiano do cuidado, tanto na dimensão individual, quanto coletiva⁽¹⁾.

A integralidade envolve atributos das práticas dos profissionais de saúde, da organização dos serviços e da resposta governamental com vistas à apreensão das necessidades de saúde de pessoas e comunidades⁽²⁾. Ter a integralidade como valor requer articulação da execução de tarefas e exercício de competências profissionais com o movimento de encontro efetivo entre profissionais de saúde e usuários na construção do cuidado⁽³⁾. Implica adotar a responsabilização, o acolhimento e o vínculo como eixos norteadores da ação e da gestão em saúde, os quais têm sua base em um efetivo diálogo entre profissionais e usuários.

A discussão acerca da humanização em saúde representa um movimento que amplia e contribui com a integralidade do cuidado e, especificamente no ambiente hospitalar, tem o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH) como um marco⁽⁴⁾. Contudo, embora o Programa tenha sido formulado em 2001, sua implementação nos hospitais brasileiros ainda é incipiente⁽⁵⁾.

Estudo que explorou produções nacionais voltadas às experiências de humanização em hospitais brasileiros⁽⁵⁾ verificou distanciamento das concepções de sujeito e autonomia utilizadas em relação às apontadas na PNHAH. Identificou a prevalência de uma visão individual do sujeito e da concepção de que a autonomia é alcançada por meio de: 1) capacitação dos indivíduos, 2) oferta de apoio informacional e 3) garantia do direito à decisão no processo de cuidado. Reforça a existência de “uma preocupação em ampliar o modo como os usuários dos serviços de saúde são vistos”⁽⁵⁾, sobretudo nas dimensões do reconhecimento da singularidade e da complexidade. Na opinião dos autores, há insuficiências em relação à discussão do encontro entre o profissional de saúde e o usuário enquanto uma “relação na qual se desenvolve um jogo de expectativas e produção”⁽⁵⁾ mutuamente construído.

As rotinas e as normatizações presentes no contexto hospitalar permeiam e afetam a relação de profissionais de saúde e usuários⁽⁵⁻⁶⁾, com pouca valorização do diálogo como meio essencial para dinamizar as relações, produzir a responsabilização mútua e favorecer a construção compartilhada dos processos de cuidado^(2,5-6).

O presente estudo debruça-se sobre as interações no cuidado em saúde na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), espaço hospitalar no qual os avanços tecnocientíficos da Neonatologia implicam forte incorporação de tecnologias materiais e protocolos de procedimentos nas práticas diagnósticas e terapêuticas na atenção ao recém-nascido⁽⁶⁻⁸⁾. Nesse espaço, as interações são predominantemente verticalizadas⁽⁹⁾; nota-se um acolhimento insuficiente das famílias⁽⁶⁻⁹⁾, com certa tendência a comprometer a autonomia dos familiares na tomada de decisões e na condução dos processos de atenção à saúde^(6,10).

Frente ao exposto e diante da necessidade de reflexão acerca das consequências do cuidado nas unidades hospitalares⁽⁵⁾,

sobretudo as de alta complexidade⁽¹¹⁾, o presente estudo buscou compreender as interações entre as mães e os profissionais de saúde na UCIN e seus desdobramentos sobre o cuidado materno do filho nascido pré-termo. Estabeleceu como objetivo analisar experiências maternas em UCIN, com foco nas relações de reconhecimento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo que busca compreender as relações entre mães e profissionais, tomando por referência o quadro conceitual desenvolvido por Axel Honneth⁽¹³⁾ acerca do “reconhecimento intersubjetivo” como base moral da sociabilidade e de seus conflitos⁽¹²⁾. Honneth postula que “para os indivíduos poderem dispor de suas autonomias individuais, é preciso que socialmente sejam reconhecidas suas necessidades, sua igualdade legal e/ou suas contribuições sociais”⁽¹³⁾. Para ele, “os indivíduos e os grupos sociais somente podem formar a sua identidade quando forem reconhecidos intersubjetivamente”⁽¹⁴⁾. Defende que possibilitar o desenvolvimento individual e a autorrealização dos sujeitos constitui a verdadeira demanda para a construção de sociedades igualitárias e que isto só é possível pela experiência do reconhecimento intersubjetivo da autonomia individual, das necessidades específicas e das capacidades particulares⁽¹³⁾.

O reconhecimento, segundo Honneth, corresponde a uma forma positiva de experiência de si a partir da relação com o outro e processa-se em três dimensões inter-relacionadas: do amor, dos direitos e da solidariedade⁽¹²⁻¹⁴⁾. Experiências de não reconhecimento em uma ou mais dessas dimensões caracterizam vivências de desrespeito que, dependendo de seu grau de compartilhamento e relevância, podem motivar processos coletivos por busca de reconhecimento⁽¹²⁻¹⁴⁾.

A relação de reconhecimento relativa à esfera do amor ancora-se na dimensão afetiva das relações interpessoais⁽¹²⁻¹³⁾. Refere-se especialmente aos processos primordiais de construção da identidade durante o desenvolvimento pessoal e, quando bem sucedida, promove a autoconfiança, a capacidade de se mover com autonomia no âmbito das regras da moralidade, o que determina respeito próprio^(12,14), capacidade de interação interpessoal e participação na vida pública⁽¹²⁻¹³⁾. Maus tratos e violência são exemplos de ataque ao respeito e, portanto, não reconhecimento⁽¹²⁻¹³⁾, na infância ou na vida adulta.

Na dimensão dos direitos, Honneth⁽¹³⁾ defende a ideia de que os sujeitos precisam sentir-se membros ativos e integrados em sua comunidade⁽¹²⁻¹⁴⁾. “Os sujeitos de direito precisam estar em condições de desenvolver sua autonomia, a fim de que possam decidir racionalmente sobre questões morais”⁽¹³⁾. Para tanto, não podem ter seus direitos violados. Situações de violação, falta de promoção ou de defesa de direitos trazem sentimentos de injustiça, fomentando também a luta por reconhecimento⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Por fim, a terceira dimensão destacada por Honneth⁽¹³⁾, a da solidariedade, relaciona-se com a aceitação recíproca entre os sujeitos, julgada a partir de valores da própria comunidade, e conduz à autoestima⁽¹²⁻¹⁴⁾. Valores funcionam como sistemas de referência para a avaliação moral de atributos pessoais,

cuja totalidade constitui a auto compreensão cultural de uma sociedade. Ameaças à dignidade e danos à autoestima também promovem lutas por reconhecimento⁽¹²⁻¹³⁾.

Apreciar as interações de cuidado sob o referencial do reconhecimento proposto por Honneth traz contribuições para a análise das práticas e dos saberes em saúde⁽¹⁾ e são relevantes para ampliar a compreensão do cuidado em saúde em UCIN, sobretudo no que tange à intersubjetividade. Foi nessa perspectiva que se conduziu o presente estudo.

Este estudo foi realizado entre os meses de maio e agosto do ano de 2013, em um município do interior paulista com população de cerca de 222 mil habitantes, concentrados predominantemente em área urbana com porcentagem similar entre homens e mulheres. Seu índice de desenvolvimento humano municipal em 2010 foi de 0,805 e a taxa de analfabetismo neste mesmo ano foi de 3,39%. A unidade localiza-se em hospital filantrópico, conta no máximo com dez leitos e não adota recomendações nacionais de humanização no cuidado do prematuro. Permite às mães acesso contínuo à unidade e ao filho no período diurno quando são nutrizes. Nas demais situações a mãe e os familiares têm acesso no horário de visita, que tem duração de uma hora e ocorre em dois momentos, um no período da tarde e outro à noite. Crianças irmãs não possuem acesso à unidade. Todos os turnos possuem um enfermeiro e um médico e a equipe de enfermagem é composta por técnicas de enfermagem em uma relação de cerca de três leitos por cada técnica. De acordo com informações do enfermeiro responsável, os usuários são predominantemente crianças prematuras e de baixo peso ao nascer e seus familiares, tanto da própria cidade, quanto de nove municípios da região periférica, pois a UCIN é referência para esses locais. Atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios privados de saúde e particulares, quando prevalece o atendimento pelo SUS, que representa cerca de 80% da ocupação média.

Foram entrevistadas dez mulheres com recém-nascidos pré-termo egressos de UCIN há menos de um mês. Os critérios de inclusão adotados para o estudo foram: mães com crianças nascidas com idade gestacional pelo Capurro somático abaixo ou igual a 34 semanas, sem síndromes congênicas, egressas da UCIN, hospitalizadas por pelo menos uma semana. Foram excluídas as mães que já tinham tido outra criança pré-termo e aquelas com problemas de saúde mental. Das dez participantes, cinco eram primíparas e cinco multíparas, sendo que uma teve parto gemelar. Sete moravam com o companheiro e três eram solteiras. Todas estavam vivenciando a prematuridade do filho pela primeira vez. Quanto à faixa etária, seis estavam na faixa de 18-25 anos, três tinham entre 25-30 anos e uma, mais de 40 anos. A idade gestacional variou de 26 a 30 semanas para sete mães e de 31 a 34 semanas para três. O tempo de permanência da criança no hospital variou de 20 a 120 dias.

Foram realizadas entrevistas em profundidade norteadas pela pergunta: 'Como se sentiu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal enquanto seu/sua filho/a esteve internado/a lá?'. As entrevistas foram realizadas no domicílio, cerca de um mês após a alta da criança.

Para a produção e a interpretação dos depoimentos foram seguidas etapas metodológicas da abordagem hermenêutica⁽¹⁵⁾.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, provendo um texto com o qual se dialogou. Todas as mulheres foram entrevistadas duas vezes, e, no reencontro, a entrevista iniciava-se com a exposição dos 'estranhamentos' da pesquisadora na conversação com o texto advindo da entrevista anterior. Com isso, o entendimento estruturou-se no eixo oferecer-acolher e acolher-oferecer⁽¹⁵⁾.

Leituras e releituras do material foram desenvolvidas, primeiramente apreciando fragmentos do texto, buscando refletir acerca das temáticas relativas ao reconhecimento ali retratadas. A seguir, processou-se a correlação dos temas (partes) com o entendimento do depoimento de origem e do conjunto dos depoimentos (todo) e vice versa, expandindo a compreensão das experiências das mulheres. A partir desse processo, foram sendo interpretados e identificados aspectos e passagens significativos para a compreensão adquirida nas entrevistas.

O desenvolvimento do estudo seguiu as recomendações da pesquisa com seres humanos e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 115/2012.

RESULTADOS

O sentimento que pareceu predominar na experiência das entrevistadas durante sua passagem pela UCIN pode ser sintetizado em três expressões: 'cobrança'; 'insegurança'; e 'fragilidade na autoestima'.

Cobrança

O entendimento do cuidado do filho ser uma obrigação da mãe é profundamente arraigado na cultura brasileira⁽¹⁶⁾. Nos processos intersubjetivos na UCIN, sobretudo nas interações com os profissionais e por meio das normas e rotinas da unidade, esse entendimento foi constantemente reforçado e cobrado das mães, sobretudo pelo fato de suas crianças serem consideradas 'de risco'.

Elas [equipe de enfermagem] falam: pôs no mundo tem que cuidar. Obrigação de mãe é cuidar, e se é prematuro mais ainda. O prematuro é mais fraco e precisa ser protegido. (Mãe 1)

Toda hora elas [equipe de enfermagem] falam: visita está aí para isto. Tem que vir, nada de ficar faltando, falando, que não pode. E, quando a gente chega lá no primeiro dia já vão dizendo tudo que pode e não pode. Dão o papelzinho explicando a UTI e no final falam: o horário é este. Não abrimos exceção, as crianças aqui são de risco e todo o cuidado é pouco. (Mãe 5)

As mulheres entrevistadas afirmaram visar ações de proteção ao filho e estar em busca de segurança para fazê-lo. O êxito na ação de cuidar do filho integra a imagem que constroem sobre seus papéis de mãe. Porém, nas interações com os profissionais, relatam ser criticadas em seus comportamentos e atitudes, sem consideração às especificidades de sua situação. A cobrança para cuidar e estar presente no espaço da UCIN é reforçada continuamente e gera na mulher um sentimento de

desconsideração a sua pessoa e seu esforço em fazer o melhor que está a seu alcance.

Nossa, quando vi ele tão pequenininho, logo já veio aquilo de proteger. Só queria proteger meu filho. Tudo que faço é para proteger, cuidar dele. Eles [profissionais] não entendem isto. A gente tem medo que morra, a gente quer que tudo dê certo, a gente é mãe. (Pensa) Eles não percebem isso, só criticam a gente. (Mãe 3)

O reforço da criticidade e risco da criança prematura nas interações na UCIN gera o entendimento de que o cuidado do filho precisa ser diferenciado. Isso se soma ao aparato tecnológico da UCIN e à destreza manual dos profissionais, levando as mulheres a questionar se conseguirão de fato cumprir sua 'obrigação' de cuidar do filho.

... que eu tinha que cuidar bem, isto eu ouvia a toda hora. (Silêncio) Como, se dá tanto medo, se parece tão diferente, né? Como? Eles fazem com um dedo. (Silêncio) para mim tudo parecia do outro mundo. Achava que não ia conseguir não, ainda mais com o peso da obrigação que eles colocam em nós. (Mãe 6)

Acresce-se ao cenário acima que implicitamente sentem que o profissional, ao justificar tudo que ensinam e falam com o clichê de ser obrigação de mãe, estão sempre a duvidar de que elas conseguirão, de que possuem condições de alcançar o desafio prospectado por elas a elas.

Toda vez eu pensava: parece que duvidam da mãe. (Mãe 2)

Insegurança

As narrativas revelaram a imagem de um profissional que se dirige à mãe para transmitir informações, reforçar que o comando é seu e explicitar a necessidade de obediência a suas recomendações. As entrevistadas revelaram o desejo das mães de se posicionar ativamente e que, apesar dos desconfortos, acabaram por se conformar com a situação. Isso contribui para a sensação de insegurança no cuidado do filho, tanto na UCIN como após a alta.

A presença não conflituosa e o acionamento da intervenção divina são entendidos como recursos para enfrentar tal situação e tentar exercer ações de proteção e cuidado ao filho.

A gente sabe que depende deles (profissionais). A mãe tem que obedecer, fazer o que eles falam. No começo fiquei perguntando, só que parei, não gostam. Gostam é de falar para a gente o que eles querem falar, explicar. Aí coloquei primeiro na mão de Deus e depois na mão deles (profissionais). [...] Era melhor para ele (filho). (Silêncio) e para mim. [...] Eles não percebem nossa aflição, não percebem a gente. (Mãe 1)

O profissional da UCIN tenta comandar e moldar os projetos maternos à luz de preceitos 'intensivistas' e reforçam sempre o dever moral da mãe de prestar um bom cuidado

ao filho. Fazem uso de aulas e folhetos de orientação, próximo à alta, para prover segurança à mãe no cuidado do filho, acreditando que isso é suficiente. Contudo, as mães demonstraram no tom de voz e na descrição da experiência a sensação de terem sido menosprezadas ou subvalorizadas em suas capacidades, habilidades e necessidades de informação e apoio para superar o medo e a insegurança para proteger e cuidar do filho.

Eles só vivem mandando e falando que mãe boa é a que cuida bem. Então falam presta atenção, aprende, depois é você que vai fazer. Perto da alta dão manualzinho, aulinha e diabo a quatro. Eu queria era que eles ouvissem minha aflição. Quantas vezes tentei, quantas. Só era tem que cuidar bem e depois você vai levar o folheto na alta. Agora cuidar lá (UCIN) isto não deixam não, só dois, três dias antes de sair. (Mãe 6)

No contexto da UCIN, os profissionais buscaram sensibilizar as mães para a questão dos "riscos" e da necessidade de vigilância no cuidado. Nas interações na UCIN, os profissionais reforçam que comportamentos inadequados dela podem afetar a saúde, a sobrevida e a recuperação da criança. As mães sentem-se remetidas a cuidado muito abstrato, no qual suas experiências pessoais, valores e condições concretas parecem não contar. Relacionam isso ao fato dos profissionais demonstrarem pouco interesse em ter contato efetivo com elas. Referem alguma aproximação apenas no processo de alta da criança.

Toda hora eu lembrava de falarem que eu tinha sempre lembrar que meu filho é prematuro, pode pegar infecção, fica doente mais fácil. Você vai ficando com aquilo. E lá na UTI, eu pensava, meu Deus, como vai ser isto. Sabe, a gente fica assim (estica as mãos e balança). E, parece que ninguém percebe. (Pensa) Perceber acho que percebe. Percebe sim. Não querem é mãe lá com eles, não querem é perder tempo conversando com mãe. (Pensa) Você chega e eles saem. Quase sempre foi assim. Só lá pro final é que vem querer conversar mais para dizer como é que tem que cuidar, traz livrinho com explicação, essas coisas. Você fica assim, sem saber se vai conseguir, se sabe fazer, é uma coisa ruim, sei lá, um medo de cuidar. (Mãe 7)

Fragilidade na autoestima

As entrevistas apontam a dificuldade das mães sentirem-se compreendidas na singularidade das suas experiências e nas particularidades de suas realidades. Sentem que o real esforço que fazem e seu envolvimento com a situação do filho não são reconhecidos.

As balizas avaliativas adotadas são presença e aquiescência maternas, evidenciando que dialogar e compartilhar não são foco do cuidado. Na interação relatada transparecem a hierarquia e a falta de espaço para o diálogo, parecendo direcionar-se exclusivamente para a instrução da mãe sobre como cuidar. Assim, a mãe suprime suas perguntas, o que ampliando sua insegurança e questionamentos de si como mulher-mãe.

Eu gostava e não gostava delas [equipe de enfermagem]. Cuidavam bem dela (filha) mas, comigo eram grossas. Não gostavam que eu ficasse pedindo as coisas, perguntando, assim, parece até que fugiam quando me viam. (Pensa) [...] se você obedecer está tudo certo, você é uma boa mãe. [...] Acho que a gente queria um colo também. E isto não tem. Tem é regra, isto sim. Regra, muita regra e você fica lá perdida, pensando será que vou conseguir ser mãe? (Mãe 5)

Quando o profissional demonstra sensibilidade e interesse pelas particularidades da história, dos problemas e dos sofrimentos materno/familiar, ele é concebido como alguém diferente, que faz algo que vai além de seu papel.

Eu tive sorte, quem mais me treinou no berçário foi a A., ela é especial, ela é mais que profissional, ela é pessoa do outro mundo. Boazinha, conversa, tenta entender. As outras é tipo trator. Ela quebra as regras por baixo dos panos. Tem umas mais boazinhas. (Mãe 9)

A forma como o profissional interage tende a trazer rigidez na forma como prospecta ou cuida do filho e conduz a uma autonomia no cuidado exercida por meio da reprodução do cuidado profissional e não no reconhecimento de si nesse cuidado.

Não sei se eu ia fazer desse jeito (igual da UCIN), é um cuidado que não tem a minha cara [...] só que só tenho mais segurança nesse. É este que vi fazer, é este que dá certo, que ensinaram. (Mãe 1)

Na UCIN sentem-se expectadoras do cuidado ao filho, vivenciam uma fase de observar para compreender, depois questionam e acabam por se conformar com a justificativa de ser algo próprio daquele ambiente. Isto contribui para o não reconhecimento de si e tem desdobramentos negativos em sua autoestima.

Quando ele estava lá no hospital, a responsabilidade era deles, só que falavam ser a obrigação do cuidado da mãe. Acho que é, mas lá não dá para ser. Eles estão graves e as regras não deixam. E, daí você fica lá, olhando, quase que só olhando. Só que daí você tem medo. Eu tenho medo, não sei se cuida direito. (Pensa) Sei lá se sei mesmo cuidar. Aí, é confuso. (Mãe 9)

Na UCIN, as mães mostraram-se permissivas ao comando do profissional, apesar de intimamente tentarem buscar formas de se manifestar como mãe, com raiva das regras e da forma como são tratadas. Sentem desconfortos e discordam, mas se conformam. Tal aspecto impacta sua autorrealização, autoconfiança e autoestima.

Raiva, nunca senti tanta. Não aguentava mais. Raiva. Raiva de não poder fazer o que eu queria com o meu filho, raiva das regras, raiva da forma como a gente é olhada. Só que também via que ele estava sendo bem tratado, estava melhorando. Graças a Deus e a eles está aqui, ó, lindão.

[...] Agora, que dá raiva da forma como eles tratam a mãe, dá. Acho que todo mundo ali sente isto, raiva. Mãe é coisa que eles não querem ali não. Não querem mesmo. Só que a gente fica ali, fica ali mesmo, nem que seja para ser comendo por dentro de raiva. (Mãe 8)

DISCUSSÃO

Em consonância com outros estudos nacionais e internacionais, a hospitalização de crianças pré-termo associa-se com insegurança dos pais^(6-7,9,17-20) e tendência ao desequilíbrio emocional^(8,16-20). As dificuldades maternas relacionam-se ao pouco suporte das equipes de saúde^(6,18-20) e, pelos resultados deste estudo, às regras hospitalares a elas impostas. Os resultados aqui obtidos refletem que o acolhimento recebido nas relações com os profissionais de saúde é permeado de desconfortos, sofrimentos e incertezas, com desdobramentos negativos para o reconhecimento, a autonomia e a autoestima da mãe.

O apoio sensível encoraja as mães e promove acolhimento de necessidades emocionais e informativas^(6,19-21). Por outro lado, a falta de diálogo com o profissional, o afastamento e a perda de intimidade com o filho geram sentimentos de exclusão⁽²⁰⁾ e de sofrimento⁽²²⁾. A escuta e as observações individualizadas, assim como a comunicação efetiva e contínua são caminhos para o cuidado da mulher na UCIN^(6,20), enquanto a desconsideração e o desrespeito comprometem sua autonomia⁽⁶⁾.

O contexto da prematuridade exige das mães ajustes e superação para cuidar do filho^(6-7,9). Esses ajustes estão na dependência do encontro de contexto que promova a vivência favorável da maternidade^(6,20,22-23). O reforço contínuo de ser o cuidado uma obrigação de mãe pode ser entendido como um detrato, sobretudo pelo fato de ser intersubjetivamente marcado pela desconfiança profissional e institucional de ser ela capaz de cuidar. Esta vivência afeta negativamente sua autoestima. Além disto, maiores oportunidades de realizar o cuidado do filho enquanto temática do diálogo apenas próximo da alta da criança denota inseguranças do profissional e institucional em relação à mãe.

À luz da Teoria do Reconhecimento de Honneth, os achados deste estudo demonstram a importância das dimensões relacionais nos processos de cuidado e o quanto o desrespeito à presença do outro, mesmo que involuntário, podem produzir efeitos contrários aos pretendidos pela equipe, mesmo em ambiente técnica e cientificamente adequado.

Como processo coletivo, experiências compartilhadas desse tipo de desrespeito ou falta de reconhecimento vêm gerando reações que passam, inclusive, pelo plano da construção de direitos das mulheres a formas de cuidado mais dialógicas e sensíveis a suas condições concretas de vida e maternidade, atravessadas por questões de gênero, raça, inserção socioeconômica, entre outras. O reconhecimento mútuo mostra-se relevante não apenas no plano dos direitos e do reconhecimento público, mas também para a construção de uma atenção à saúde efetiva. O presente estudo fortalece a percepção de que o sucesso prático⁽²⁴⁾ das ações de cuidado voltadas às crianças da UCIN estudada encontrou um obstáculo importante na desatenção ao processo de reconhecimento mútuo que atravessa as relações interpessoais nos processos de cuidado.

CONCLUSÃO

A integralidade e a humanização da atenção são diretrizes nacionais na saúde e devem estender-se às UCIN. Tais diretrizes processam-se nos encontros cuidadores, especialmente se o reconhecimento intersubjetivo for experienciado pelos envolvidos. O espaço da mulher-mãe na UCIN está legalmente garantido, porém pouco vale se esse compromisso não permeiar a intimidade técnica do processo de trabalho em saúde efetivamente operado nessas unidades.

Os resultados do presente estudo chamam a atenção para a externalidade entre o compromisso político e jurídico com o reconhecimento da mulher-mãe e a tecnicidade do processo de trabalho na UCIN estudada. Nos relatos das mães, a cobrança, a insegurança e a fragilidade da autoestima das

mães como cuidadoras são indícios eloquentes da falta de reconhecimento no espaço das interações ocorridas na UCIN e produzem impactos negativos sobre as relações de cuidado.

O fato de os profissionais que buscaram a perspectiva dialógica terem sido identificados como “exceções” ou “burladores” das regras só reforça a impressão de que, de fato, o reconhecimento do outro e sua singularidade estiveram à margem do processo de trabalho efetivamente operado ali.

Ao final desta investigação, a inquietação que emerge pode ser resumida em uma questão peculiar que, contudo, repercute em aspectos éticos, técnicos e políticos: O hospital, ao buscar a excelência técnica por meio de protocolos e normatização de rotinas no ambiente do cuidado intensivo, precisa sacrificar a interação e a escuta, bloqueando diálogos e acolhimentos, negligenciando o reconhecimento do outro?

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: Pinheiro R, Silva Junior AGS, organizadores. Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2011. 27-44 p.
2. Duarte ED, Sena RR, Dittz ES, Tavares TS, Silva PM, Walty MRF. Comprehensiveness of the care for the neonate: the articulation of management, training and care. Rev Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2013 Sep-Dec [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];17(4):713-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/en_1414-8145-ean-17-04-0713.pdf
3. Braga PP, Sena RR. [Care and dialog: interactions and integrality in the daily life of neonatal assistance]. Rev RENE [Internet]. 2010 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];11(Spec no.):142-9. Available from: http://www.revista.rene.ufc.br/edicao especial/a16v11esp_n4.pdf Portuguese.
4. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS [Internet]. 4.ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [cited 2014 May 24]. Available from: http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
5. Silva AM, Sá MC, Miranda L. [Concepts of subject and autonomy in humanization of healthcare: a literature review of experiences in hospital service]. Saúde Soc [Internet]. 2013 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];22(3):840-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/17.pdf> Portuguese.
6. Frello AT, Carraro TE. [Nursing and the relationship with the mothers of newborns in the Neonatal Intensive Care Unit]. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 May-Jun [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];65(3):514-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a18.pdf> Portuguese.
7. Dittz DE, Sena RR, Coelho XC. [The experience by parents and professionals at a neonatal intensive therapy unit]. Cienc Enferm [Internet]. 2011 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];17(2): 77-86. Available from: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n2/art_09.pdf Portuguese.
8. Braga PP, Sena RR. [Advances in caring for the premature baby and the continuity of care: reflection on the care network]. Rev Enferm Cent Oeste Min [Internet]. 2013 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];3(3):899-908. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/442/537> Portuguese.
9. Hurst I. Mothers' strategies to meet their needs in the newborn intensive care nursery. J Perinat Neonatal Nurs [Internet]. 2011 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];15(2):65-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12095029>
10. Campos GWS. [Mediation between social knowledge and practices: the rationale of soft technology, praxis and art]. Cienc Saude Colet [Internet] 2011 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];16(7):3033-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/02.pdf> Portuguese.
11. Souza KMO, Ferreira SD. [Humanized attention in neonatal intensive-care unit: senses and limitations identified by health professionals]. Cienc Saude Colet [Internet] 2010 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];15(2):471-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a24.pdf> Portuguese.
12. Honneth A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. 2. ed. São Paulo: Ed. 34; 2009.
13. Honneth A. The I in we: studies in the theory of recognition. Cambridge: Polity Press; 2012.
14. Rosenfield CL, Saavedra GA. [Recognition, critical theory and society: on the development of Axel Honneth's work and the challenges to its practical application in Brazil. Sociologias [Internet]. 2013 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];15(33):14-54. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222013000200002> Portuguese.
15. Salvadori M. Honneth, Axel: Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. Conjectura

- [Internet]. 2011[updated 16 Mar 2015; cited 24 May 2014];16(1):189-92. Available from: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/view/895/618>
16. Austgard K. Doing in the Gadamerian way - using philosophical hermeneutics as a methodological approach in nursing science. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2012 Dec [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];26(4):829-34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22515954>
 17. Borsa JC, Nunes MLT. [Psychosocial aspects of parenting: Men and women's role in nuclear families]. *Psicol Argum* [Internet]. 2011 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];29(64):31-9. Available from: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=4524&dd99=view> Portuguese.
 18. Costa MCG, Arantes MQ, Brito MDC. [Neonatal ICU under the mother's view]. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet] 2010 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];12(4):698-704. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7130/8492> Portuguese.
 19. Gorgulho FR, Rodrigues BMRD. A relação entre enfermeiros, mães e recém-nascidos em unidades de tratamento intensivo neonatal. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(4):541-6.
 20. Fregan L, Helseth S. The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context: closeness and emotional involvement. *Scand J Caring Sci* [Internet] 2009 Dec [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];(23):667-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19000088>
 21. Cockcroft S. How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in the neonatal intensive care? *J Neonat Nurs* [Internet] 2011 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];18(3):105-10. Available from: [http://www.journalofneonatalnursing.com/article/S1355-1841\(11\)00106-2/abstract?cc=y](http://www.journalofneonatalnursing.com/article/S1355-1841(11)00106-2/abstract?cc=y) DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2011.07.008>
 22. Gallegos-Martinez J, Reyes-Hernandez J, Scochi CGS. The hospitalized preterm newborn: the significance of parents' participation in the Neonatal Unit. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];21(6):1360-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/0104-1169-rlae-21-06-01360.pdf> DOI: 10.1590/0104-1169.2970.2375
 23. Melo RCJ, Souza IEO, Paula CC. [Neonatal nursing: the meaning of existential caring in intensive care unit]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [updated 2015 Mar 16; cited 2014 May 24];66(5):656-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/03.pdf> Portuguese.
 24. Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009.
-