

Interações entre profissionais de saúde e mães de prematuros: influência no cuidado materno

Interactions between health personnel and mothers of preterms: influences on maternal care

Interacciones entre profesionales de salud y madres de prematuros: influencia en el cuidado materno

Natalia Custodioⁱ; Bruna de Souza Lima Marskiⁱⁱ; Flávia Corrêa Porto de Abreuⁱⁱⁱ;
Débora Falleiros de Mello^{iv}; Monika Wernet^v

RESUMO

Objetivo: compreender as interações da mãe com os profissionais de saúde desde o nascimento da criança pré-termo até o primeiro mês após a alta hospitalar. **Método:** pesquisa qualitativa sob os referenciais do Interacionismo Simbólico e Interacionismo Interpretativo, desenvolvido em 2013, que teve como técnica de coleta de dados a entrevista qualitativa em profundidade com oito mães residentes em município do interior paulista. **Resultados:** dessas entrevistas, três categorias retrataram o desenvolvimento da relação com o profissional ao longo do tempo: relacionamento crente e obediente; relacionamento inseguro e questionador; relacionamento reflexivo e emancipatório. **Conclusão:** os profissionais afetaram negativamente a autonomia materna no cuidado da criança e, romper emocionalmente com a dependência a eles ampliaria a autonomia materna no cuidado.

Palavras-chave: Alta do paciente; família; prematuro; relações profissional-família.

ABSTRACT

Objective: to understand interactions between mothers and health professionals from birth of preterm children until the first month after discharge. **Method:** this qualitative study was conducted in 2013 with Symbolic Interactionism and Interpretive Interactionism as its frame of reference. Data were collected by in-depth interviews of eight mothers living in a town in São Paulo State. **Results:** development of the relationship with the professional over time is portrayed by three categories: a trustful and obedient relationship; an insecure and questioning relationship; and a thoughtful and emancipatory relationship. **Conclusion:** it was concluded that professionals have adverse effects on mothers' autonomy in child care, and breaking emotionally with that dependence would increase mothers' autonomy in care.

Keywords: Patient discharge; family; premature infant; professional-family relationships.

RESUMEN

Objetivo: comprender las interacciones entre la madre y los profesionales de la salud desde el nacimiento de niños prematuros hasta el primer mes tras recibir el alta. **Método:** se realizó una investigación cualitativa bajo los referenciales del interaccionismo simbólico e interaccionismo interpretativo, desarrollado en 2013, cuya técnica de recolección de datos fue la entrevista cualitativa en profundidad a ocho madres residentes en una ciudad en el interior del estado de São Paulo. **Resultados:** tres categorías retratan la evolución de la relación con el profesional con el paso del tiempo: la relación creyente y obediente; la relación insegura y cuestionadora; la relación reflexiva y emancipadora. **Conclusión:** los profesionales han afectado negativamente la autonomía de la madre en el cuidado de niños y romper la dependencia emocional entre ellos ampliaría la autonomía de la madre en el cuidado.

Palabras clave: Alta del paciente; familia; prematuro; relaciones profesional-familia.

INTRODUÇÃO

A hospitalização de um filho pré-termo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é situação comum às mães, seja por desdobramentos gestacionais ou cesarianas desnecessárias¹. Tal vivência afeta a parentalidade^{2,3} e o enfrentamento da chegada de um filho, fase crítica do ciclo vital familiar e individual².

Neste contexto, há incipiências no acolhimento do profissional de saúde com os familiares, gerando insatisfação, insegurança e comprometimento da autonomia materna e familiar²⁻⁴. Assim, justifica-se explorar as práticas de cuidado em saúde com tal recorte, com vistas à prevenção de situações vulneráveis.

ⁱEnfermeira. Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. São Paulo, Brasil. E-mail: custodionati@gmail.com.

ⁱⁱGraduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos. São Paulo, Brasil. E-mail: bmarski@gmail.com.

ⁱⁱⁱEnfermeira. Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: flavinacpa@yahoo.com.br.

^{iv}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada na Escola de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: deffmello@eerp.usp.br.

^vEnfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. São Paulo, Brasil. E-mail: monika.wernet@gmail.com.

Face ao exposto, emergiu a seguinte questão: como a relação com os profissionais de saúde interfere no cuidado da criança prematura no primeiro mês em domicílio, sob a perspectiva da mãe? Para responder a esta questão, definiu-se como objetivo compreender as interações da mãe com os profissionais de saúde desde o nascimento da criança pré-termo até o primeiro mês após a alta hospitalar.

REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo adotou o Interacionismo Simbólico (IS) como referencial teórico por compreender os processos interacionais entre mãe e profissionais dos distintos níveis de assistência à saúde e o cuidado materno à criança. O IS dá ênfase às interações sociais e afirma ser na interação que, de forma dinâmica, a situação, seus elementos constituintes e comportamentos são definidos e processados⁵.

Neste sentido, o reconhecimento da relevância da história interacional entre mãe e profissionais determinou o Interacionismo Interpretativo (II) como referencial metodológico. O II explora significações biograficamente relevantes e que direcionam ações cotidianas⁶. Volta-se à experiência biográfica e suas narrativas⁶.

METODOLOGIA

Em função dos referenciais e objetivo do estudo, a entrevista qualitativa em profundidade foi a estratégia de coleta de dados. Para disparar as narrativas, utilizou-se a seguinte colocação: Imagino que desde o nascimento de seu(sua) filho(a) encontrou diversos profissionais. Fale-me sobre suas relações com eles e como eles interferiram na forma como você cuida do(a) (nome da criança).

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e sofreram os processos analíticos do II⁶, ou seja, delimitação da questão de estudo; entrevista com mães, acompanhada da transcrição, seguida de leituras reiterativas para desconstrução e análise crítica das concepções centrais; novas leituras para contextualização do fenômeno e suas epifanias (marcos de significação na experiência biográfica que alteram significados e ações); redução do fenômeno por meio de localização de frases-chave e sua articulação com o todo; formulação de uma nova estruturação do fenômeno a partir de seus elementos constituintes e analíticos identificados nas fases anteriores; recolocação do fenômeno no contexto dos participantes⁷.

Integraram o estudo oito mães que utilizaram a UTIN em função da prematuridade do filho e que estavam com ele em domicílio por tempo inferior a um mês. Outro critério de inclusão foi a criança apresentar, no nascimento, a idade gestacional entre 24 a 34 semanas e não ser portadora de nenhuma má formação congênita

ou distúrbio genético. Os critérios de exclusão foram: mães menores de 18 anos; portadoras de surdez e aquelas com comprometimento para narrativas compreensíveis. O número de integrantes foi determinado pelo critério de saturação teórica dos dados, situação na qual não emergem novos elementos conceituais para a descrição e compreensão do fenômeno em foco⁸. Todas as mães eram residentes de uma cidade do interior paulista e foram entrevistadas ao longo do ano de 2013.

O estudo seguiu as recomendações éticas para a pesquisa com seres humanos, com aprovação em Comitê de Ética sob o Parecer de número 115/2012. A preservação da identidade dos participantes foi respeitada e, no uso de trechos de fala, a identificação foi feita a partir da letra M (de mãe), seguida de número arábico tradutor da ordem de inclusão no estudo.

RESULTADOS

Os resultados apresentam as narrativas de oito mães, das quais seis moravam com o companheiro e duas eram solteiras, cinco eram primíparas e três multiparas, sendo duas mães de gemelares. Todas estavam vivenciando a prematuridade pela primeira vez. Quanto à faixa etária, cinco estavam na faixa de 18-25 anos, duas tinham idade entre 25-30 anos e uma apresentava mais de 40 anos. A idade gestacional de nascimento da criança variou de 26-30 semanas para cinco delas e de 31-34 semanas para três delas. O tempo de permanência da criança no hospital esteve entre 20 e 120 dias.

A análise desvela que as relações com os profissionais impactam a autonomia materna no cuidado da criança. A categoria central identificada foi: Revisão da dependência profissional e da competência para o cuidado, processo que exigiu a (re)significação do papel materno e da relação com o profissional, apresentada nas categorias: Relacionamento crente e obediente; Relacionamento inseguro e questionador; Relacionamento reflexivo e emancipatório.

Categoria: relacionamento crente e obediente

A trajetória de cuidado inicia-se na UTIN sob submissão ao profissional, que conduz a mãe a ser espectadora-aprendiz. O reforço da fragilidade do prematuro nas relações mantém a mãe obediente e crente ao profissional, sob um importante afastamento físico da criança e de seu cuidado.

Os conceitos historicamente estabelecidos de prematuro são retomados e ampliados nas atuais interações sociais na UTIN, sobretudo nas relações com os profissionais de saúde. O prematuro configura-se como uma criança frágil, com risco de morte, com necessidades especiais e, agora visto como crítico, vulnerável a infecções, com atenção e cuidado diferenciado, zelo e vigilância. A UTIN é tida como um ambiente controlado, com alta tecnologia, onde ficam crianças

que demandam cuidados especializados. A par destes entendimentos, comportam-se de forma obediente e submissa ao profissional, espectadora de suas ações. Tal fato é uma epifania ao revelar, em sua trajetória atual, ser o prematuro frágil, instável e com vulnerabilidade à infecção, significados que a guiarão em suas ações por algum tempo.

[...] que prematuro é complicado eu já sabia. Lá fui vendo que era mesmo. [...] No começo, eu não podia tocar nele, porque era muito frágil e eles (profissionais) falavam que se eu tocasse podia pegar infecção. (M3)

[...] eu queria mesmo era poder pegar, pelo menos tocar nela, mas não podia e tinha que só ficar ali olhando. Porque eles [médicos] falavam que era o melhor pra ela e eu acreditava e ficava só ali olhando. (M5)

Os profissionais regulam a relação da mãe com o filho por meio das regras da UTIN e a estabilidade da criança. É usual ter negada a participação nas decisões, o que traz sentimentos de coação, não pertença do filho e ser a UTIN um espaço do profissional. Entendem que devem ser obedientes e têm o papel de observar e aprender o cuidado.

[...] Lá [UTIN] a gente era só visita mesmo [...] A responsabilidade era deles (profissionais), eles que faziam tudo, porque enquanto eu estava lá, eu não podia nem tocar, não podia fazer nada, nem passar a mão. Só obedecer e olhar. (M7)

Da porta para dentro era o lugar deles [profissionais], era assim que eu sentia. (M2)

Este contexto interacional traz reflexões acerca da suficiência de seus conhecimentos e habilidades para cuidar do filho. Sentem medo, sobretudo por ouvirem repetidamente dos profissionais ser responsabilidade da mãe o cuidado da criança, reforçado pela colocação que devem ter medo e ser vigil para cuidarem bem.

Eu aprendi que precisa ficar sempre atento com eles [filhos] e que sempre tem que ter medo, porque quando a gente tem medo a gente toma mais cuidado. (M1)

Desde o nascimento, os profissionais enfatizam a elas que devem seguir suas regras e orientações para garantir a saúde e recuperação do filho e usam a fragilidade da criança como justificativa. Reforçam ser a UTIN espaço deles e serem eles aptos para cuidar do prematuro, o que contribui para se manterem submissas a eles.

Eu queria poder fazer alguma coisa por ela [...] eles [profissionais] falavam que não podia cuidar do jeito que cuida de um neném normal, que naquele momento só eles podiam cuidar. Ai a gente aceita e segue. (M8)

Identificam que devem ser percebidas positivamente pelo profissional para ter informações detalhadas e possibilidades diferenciadas de contato com o filho. Em virtude disso, em um primeiro momento, reprimem-se e evitam confrontos.

[...] tinha que ir bem tranquila, porque, às vezes, dependendo do que eu escutava, eu queria brigar. E tinha muita mãe que brigava, que queria discordar, e aí ficava mal vista. Mas eu sabia que meu filho dependia deles,

eles que tinham que cuidar dele, e eu queria poder cuidar também e eu também dependia deles deixarem eu pegá-lo no colo, passar leite na sondinha. Ai, eu ia de coração aberto. (M3)

Categoria: relacionamento inseguro e questionador

Ser submissa ao profissional e ficar na posição de espectadora dos cuidados ao filho traz sofrimento para as mães. Toleram inicialmente tal contexto, contudo buscam proximidade com o filho e maior autenticidade e plenitude no maternar. As conversas com outras mães em situação similar intensificam as reflexões e apontam como um caminho para o rompimento com a submissão cega aos profissionais. Conscientizar-se disso potencializa processos interacionais interiores à mulher, sofrem e questionam regras impostas, a sua obediência cega e a intencionalidade do profissional no cuidado.

Tinha hora que parecia que nem era meu filho, [choro] porque só elas [profissionais de enfermagem] faziam tudo e eu era só visita mesmo. Eu queria poder cuidar, mas não podia porque falavam que meu filho podia piorar ou pegar infecção, eu me conformava. Foi duro, eu precisava mostrar pra ele [filho] quem era a mãe dele [...] às vezes tive que enfrentar eles [profissionais da UTIN] [...] e também foi nas conversas com outras mães que fui ficando forte. (M2)

Passam, nas interações com os profissionais, a clamar por maiores esclarecimentos e detalhamentos acerca da situação do filho e verbalizam desejo de proximidade física com seus filhos. Mas não são correspondidas, fato que intensifica o sofrimento e instiga questionamentos sobre o desejo dos profissionais em empoderar as mães para o cuidado. Percebem que eles ocultam informações e as evitam. Tal fato intensifica o desejo de proximidade do filho, a compreensão das ações de cuidado com eles desenvolvidos.

Na visita, eu tentava falar com elas [profissionais de enfermagem], [...] e eu queria saber melhor, era meu filho que estava ali. Quando conseguia alguma explicação me sentia um pouco mais tranquila. [...] quase sempre era ignorada. Dói. (M5)

Que era grave eu já sabia, que podia morrer também, mas faltava saber mais [choro]. Ai o que fazia era chegar bem no horário da passagem de plantão, que era quando eu escutava mesmo como eles tinham passado a noite. Realmente eles não te contam tudo, eu ouvia "nossa a neném da xxx chorou a noite inteira, deu muito trabalho" e, depois, quando iam falar para mãe, falavam que ela tinha ficado calminha. [...] Quando escutava o nome deles prestava atenção para saber como eles estavam. Mas isso deu problema uma vez, [...] Ai deu rolo, veio até a enfermeira falar comigo, que eu não podia [...] ficar escutando a conversa dos outros. Ai eu disse: se é sobre meus filhos eu tenho todo o direito de escutar sim, o filho é meu e não seu. Foi complicado, mas eu continuei chegando na hora de passagem de plantão. (M2)

Apesar da evolução clínica da criança e do tensionamento materno, os profissionais mantêm uma atitude centrada no poder e de reforço de ser ela aprendiz. Especificamente no cenário estudado, dias antes da

alta da criança, a mãe era praticamente obrigada a ficar hospitalizada junto ao filho em um local denominado Berçário Externo, para serem treinadas a cuidar. Inicialmente, consideraram positiva essa ação, contudo, com o tempo, perceberam que a dependência do profissional trazia limites para sua segurança e autonomia no cuidado ao filho.

No berçário externo, a gente aprendia a cuidar, lá ensinavam [profissionais de enfermagem] tudo para gente, demonstravam uma vez e depois a gente tinha que fazer igual e ficavam olhando para ver se estava certo. [...] depois, quando fui embora, queria elas comigo, tinha medo. (M4)

Após a alta, no serviço de seguimento, o profissional segue centrado na supervisão da mãe no cuidado ao filho. Buscam evidências na criança da qualidade do cuidado materno, bem como realizam inúmeras perguntas do tipo *check list*.

Chega lá e o que eles querem ver: ganhou peso? Quanto? Está dando de mamã, quantas vezes? Você percebe que eles estão olhando como o cuidado está. [...] É isto, ficam vigiando como a gente cuida. (M1)

Categoria: relacionamento reflexivo e emancipatório

Mesmo com a melhora do estado de saúde da criança e sua ida para o domicílio, a mãe reproduz o cuidado observado no hospital e é vigil. Sente-se insegura para o cuidado do filho e busca prevenir agravos de saúde e a reinternação da criança. Envolve-se em uma rotina solitária, fato que promove reflexões e conduzem a mãe a buscar segurança, autenticidade e autonomia no cuidado.

Os profissionais do serviço de seguimento continuam a reforçar a fragilidade da criança e a necessidade de um cuidado materno minucioso, quando voltam a enfatizar que devem ter medo, pois isto as fará cuidar bem.

Foi difícil, a primeira semana foi complicada. [...] porque pra mim ia acontecer alguma coisa com eles e eu ia estar dormindo, e eu ia dormir demais e não ia ver. Ai que horrível gente, é horrível, horrível, [...] Eu senti muito medo [...] Meu maior medo era de eles morrerem ou terem que voltar para lá [hospital]. (M2)

A mãe segue a sentir desconfiança e desamparo no cuidado profissional. Recorre a vários profissionais e serviços simultaneamente a fim de confirmar se o cuidado prescrito é adequado, correto. Checam as divergências e similaridades para decidir como cuidarão.

Não vou mentir não, eu tenho três médicos. Vejo o que cada um fala. [...] daí eu vejo o que coincidiu e o que não, e decido como cuidar. [...] É difícil, você fica com medo, é prematuro, tem que ter cuidado mesmo. Acho que todas as mães que eu conheço fazem isto. A gente precisa, para ter a certeza que estão cuidando certo [...] você sabe como eles [profissionais] são. (M3)

A mãe, frente às oportunidades no hospital, é significada pela família, amigos e por ela própria como a responsável e detentora de um saber diferenciado da situação do prematuro. Sendo assim, assume a responsabilidade do cuidado e é limitadora da participação

de amigos e familiares neste cuidado. Os profissionais, por sua vez, reforçam tal responsabilidade. Como consequência, ficam solitárias e sobrecarregadas, além de vivenciarem conflitos familiares.

Só eu aprendi a cuidar dele, só eu dou banho, só eu dou comida, ele só dorme comigo. [...] Eles [família] não estavam lá, não sabem. Sinto que estou sozinha sempre. Isto cansa, deixa a gente exausta. (M3)

Me sentia frustrada, porque você cuida, cuida, cuida e é só você mesmo. Ai, depois vêm os parentes e até meu marido me cobrarem do peso dele, que era para dar mais comida para crescer mais rápido, coisas assim. Acabei brigando com todos. (M4)

No convívio em domicílio, percebem particularidades do filho e lacunas no acolhimento profissional recebido. Para elas, isto é reflexo da transmissão de orientações protocolares e pouco individualizadas a todas as mães. Tal fato promove questionamentos acerca da pertinência do cuidado orientado e iniciam transformações sustentadas pelo conhecimento advindo da convivência com a criança e de evidências de seu conforto, buscando autonomia no cuidado. Esse processo promove o apego, retroalimenta sua sensibilidade ao filho e as mantém imbuídas a serem autênticas, sensíveis e autônomas no cuidado.

Percebem-se aptas e hábeis para cuidar de seu(s) filho(s), o que promove rompimentos com a necessidade de aprovação do profissional em suas ações. O profissional passa a ter outro nível de relevância na condução do cuidado ao filho, pois, agora, foi significado como alguém que não tratou da situação com a especificidade requerida, outra epifania nesta trajetória.

Aqui [casa] tudo foi diferente, não dava para fazer igual [do hospital]. [...] Hoje eu vejo a necessidade mesmo e vou conhecendo o que é melhor. Acho que faço quase tudo diferente do que eles [profissionais] falaram. E melhorou. Então, falta isto, os profissionais olharem para você e o seu caso. (M1)

DISCUSSÃO

Percebe-se que a interação e o apoio dos profissionais de saúde no cenário estudado afetou negativamente o enfrentamento materno diante da prematuridade do filho, tanto no contexto da hospitalização quanto em domicílio, como observado por alguns autores^{3,4}. Isso ocorre pela relação sustentada no poder do profissional sobre a mãe e no eixo informacional, quando há reforço contínuo da criticidade da criança e do dever materno pelo seu cuidado. Há desdobramentos para a autonomia, segurança e confiança no desempenho do cuidado ao filho, o que já fora apontado na literatura^{3,4}.

Aponta-se que os profissionais não realizam parcerias com as mães, nem seu acolhimento e de sua família e a adoção dos preceitos do Cuidado Centrado na Família^{7,9}. Entretanto, reconhecem ser a mãe importante no estabelecimento de um cuidado compartilhado e

responsivo às particularidades da situação, sustentado por informações completas e imparciais⁹.

A interação entre os profissionais e a mãe visava à tutela e ao aconselhamento a ela, com questionamentos acerca de suas habilidades e capacidades para o cuidado, o que denota a necessidade de se investir na valorização da aliança entre mãe, família e profissional. Abertura e compromisso ético mútuo dos sujeitos envolvidos são imprescindíveis. Contudo, a história relacional revelada neste estudo traz distanciamentos e falta de confiança, honestidade e segurança na relação.

Os processos formativos dos profissionais precisavam discutir acerca da ética, integralidade¹⁰ e humanização nas práticas de cuidado em saúde. As pesquisas podem densificar a compreensão acerca da formação e educação do profissional e a articulação com sua práxis. Identificou-se, aqui, que a prática profissional está dissonante das diretrizes postas ao cuidado, percebendo-se uma desvalorização das humanidades na saúde e dos construtos sociais nela envolvidos¹¹. São estes últimos que dinamizam saúde, cuidado, papel familiar e comunitário, dentre outros, e excluir tais elementos, na prática, é negar o sujeito, sua coletividade e cultura e valorar o desamparo e sofrimentos.

Ao apreciarmos horizontes neste caminho, identificamos recomendações para: comunicação verbal e não verbal positiva entre profissional e família¹¹; apoio informacional às mães e famílias¹²⁻¹⁴; treinamento para o cuidado domiciliar¹⁴, família e criança com realização de cuidados diretos ao filho, inclusive nas unidades críticas^{15,16}; visitas domiciliares pré e pós-alta hospitalar¹⁷; uso do contato telefônico¹⁸; ações conjuntas entre os serviços e setores na rede de atenção à saúde¹⁸; ampliação da rede de apoio social¹⁹. Porém, tais recomendações não se efetivam em contextos relacionais esvaídos de interesse, respeito e senso de responsabilidade. A relação com o profissional está posta nas práticas em saúde e não tem contribuído com o acolhimento integral¹⁰, humanizado e ético.

Apontar e reforçar a fragilidade e instabilidade clínica da criança e seu risco de morte, associado à ênfase do dever materno no cuidado, revelaram-se centrais nas interações do profissional e da mãe e promovem vulnerabilidades para o desempenho do cuidado, o apego e a maternagem, fato que vem sendo reforçado em estudos na temática^{3,4, 12,13,15-20}.

Os profissionais explicitam a inviabilidade de tempo para orientar e oferecer suporte emocional às famílias e têm na vigilância materna um de seus incômodos²¹. Esta vigilância é despertada na forma que se disponibilizam ao cuidado. O incômodo e ameaça sentida faz com que alguns deles defendam explicitamente condutas como o isolamento do RN e assistência baseada em patologias^{10,21}, aspectos que remontam valores do discurso da Pediatria do século XIX. Estudos que busquem quais ideologias sustentam as práticas

profissionais e como elas se processaram podem revelar caminhos para mudanças.

A solidão e desamparo tem caracterizado a trajetória materna de cuidado ao filho^{7,22}, enquanto o conhecimento e apego advindo desse cuidado contribui para sua qualificação^{14,20,22,23}. Ter e sentir plenitude e êxito no papel maternal as mobilizam no cuidado ao filho^{14,20} e contribuem para sua autonomia ao desempenhar esse papel.

Todos os sujeitos envolvidos com o cuidado são responsáveis pela atmosfera relacional estabelecida e este estudo limitou-se a olhar a percepção de mães de uma única cidade que não fazia uso de estratégias nacionais de humanização na assistência neonatal. Estudos em cenários que utilizam essas estratégias poderiam complementar os achados obtidos, contrapondo-os ou não. Destaca-se, também, que todas as mães estavam vivenciando a prematuridade do filho pela primeira vez, o que traz indagações de como seria tal quadro relacional de posse de vivência prévia neste contexto. Estudos mais longitudinais são interessantes para ampliar a compreensão do fenômeno, bem como aqueles que se voltem à voz do profissional.

CONCLUSÃO

Os profissionais afetam o desenvolvimento do cuidado materno à criança prematura ao portarem-se com supremacia sobre as mães, reforçarem o dever materno em cuidar do filho e instigarem o medo por meio da ênfase de ser o prematuro frágil, instável e com risco de morte e infecção. Não há demonstração de escuta e consideração às particularidades de cada situação com incipiências no acolhimento materno. E, foi por meio da revisão da dependência ao profissional que a mãe imprimiu autenticidade e autonomia no cuidado ao filho.

O estudo tem o limite de retratar um contexto de cuidado específico a uma cidade do interior paulista. Contudo, aponta elementos centrais às práticas de cuidado profissional com possibilidade de reorientar suas interações.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. 2011; 32-46. doi:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
2. Cypriano LM, Pinto EEP. Chegada inesperada: a construção da parentalidade e os bebês prematuros extremos. *Psicol. hosp.* 2011; 9:02-25.
3. Lamy ZC, Mosch DS, Deslandes SF, Fernandes RT, Moreira ME, Rocha LJJ et al. Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. *Rev Pesq Saúde*. 2011; 12:14-21.
4. Duarte AS, Santos WS, Silva LDB, Oliveira JD, Sampaio KJAJ. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. *Rev RENE*. 2010; 11:162-70.

5. Charon JM. Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10ª ed. New Jersey: Prentice Hall; 2009.
6. Denzin NK. Interpretative Interactionism. 2ª ed. London: SAGE; 2001.
7. Cockcroft S. How can family centered care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *J Neonat Nurs*. 2012; 18:105-10.
8. Fontanella BJB, Magdaleno Júnior R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol estud*. 2012; 17:63-71.
9. Cruz AC, Angelo M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10: 861-5.
10. Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20: 676-80.
11. Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saude Soc*. 2009; 18: 11-23.
12. Fonseca EL, Marcon SS. Percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido com baixo peso. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64:11-7.
13. Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L, Ayers S. Parents' experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby: a qualitative study. *BJOG*. 2013; 120:637-43.
14. Santos ND, Thiengo MA, Moraes JRMM, Pacheco STA, Silva LF. O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22:65-70.
15. Girardon-Perlini NMO, Viana AAF, Vand der Sand ICP, Rosa BVC, Beuter M. Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na UTI neonatal. *Cienc Cuid Saúde*. 2012; 11:26-34.
16. Nascimento CAD, Cartaxo CMB, Monteiro EMLM, Silva LMP, Souto CC, Leão ENC. Percepção de enfermeiros sobre os pais de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev RENE*. 2013; 14:811-20.
17. Sassá AH, Rosa TCS, Souza SNDH, Rossetto EG. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém nascido: de muito baixo peso e sua família. *Cienc Cuid Saúde*. 2011; 10:713-21.
18. Braga PP, Sena RR. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25:975-80.
19. Vieira CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev Eletr Enf*. [Internet]. 2010; 12:11-9.
20. Merighi MAB, Jesus MCP, Santin KR, Oliveira DM. Caring for newborns in the presence of their parents: the experience of nurses in the neonatal intensive care unit. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19:1398-404.
21. Costa R, Padilha MI. Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:231-5.
22. Gallegos-Martinez J, Reyes-Hernández J, Scochi CGS. The hospitalized preterm newborn: the significance of parents' participation in the Neonatal Unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2013; 21:1360-6.
23. Borck M, Santos EKA. Terceira etapa método canguru: convergência de práticas investigativas e de cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31:761-8.