

PARTICIPACIÓN DE MADRES/PADRES EN EL CUIDADO DEL NIÑO PREMATURO EN LA UNIDAD NEONATAL: SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS POR EL EQUIPO DE SALUD¹

Josefina Gallegos Martínez²
Luciana Mara Monti Fonseca³
Carmen Gracinda Silvan Scochi⁴

El estudio tiene como objetivo identificar y analizar los significados atribuidos por el equipo de salud con relación a la participación de la madre/padre en el cuidado del niño prematuro hospitalizado en un hospital público. Se trata de un estudio con enfoque cualitativo. Los datos fueron recolectados a través de la entrevista semi-estructurada y grabada de 23 profesionales. Los resultados mostraron que, aun esta participación es incipiente dentro de la unidad neonatal hospitalaria, no obstante existe interés por parte del equipo de salud en implementarla, reconociendo su importancia al favorecer en la estabilidad clínica del prematuro y en su proceso de crecimiento y desarrollo; permitiendo de esta forma, la interacción madre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo, así como el entrenamiento materno para la futura alta. Se percibió que la madre ayuda al equipo de enfermería brindando cuidados al niño y realizando cuidados propios de su función materna. Por otro lado, la presencia de los padres modifica el ambiente dentro de la unidad neonatal, pues interfiere con la dinámica de trabajo, genera inseguridad en el equipo por sentirse fiscalizado, así mismo, existe la preocupación por infecciones hospitalarias. Estas situaciones en conformidad con otros estudios en diversos países, nos llevan a reflexionar sobre la necesidad de fundamentar la asistencia al prematuro hacia la construcción colectiva de una filosofía de cuidado que rescate conceptos con relación a los derechos humanos, ciudadanía, vínculo y apego madre-hijo, psicología pediátrica y de esta forma, ampliar el concepto de entrenamiento en educación participativa en salud.

DESCRIPTORES: recién nacido; prematuro; recién nacido de bajo peso; familia; enfermería neonatal

THE PARTICIPATION OF PARENTS IN THE CARE OF PREMATURE CHILDREN IN A NEONATAL UNIT: MEANINGS ATTRIBUTED BY THE HEALTH TEAM

This qualitative study aims to identify and analyze the meanings the health team attributes to the parents' participation in the care of premature children hospitalized at a public hospital. Data were recorded and collected through semi-structured interviews performed with 23 professionals. The results show that parents' participation in the care of these children is still in an initial stage at the hospital's neonatal unit. However, there is interest from the health team to implement it because its importance is recognized in improving the clinical stability, the growth and development process of premature children. In addition to allowing for mother-child interaction and affective bonding, it prepares the mother for the child's discharge. The presence of the mother helps the nursing team by giving maternal care to the hospitalized child. On the other hand, the parents' presence interferes in the environment of the neonatal unit. It affects the work dynamics and creates insecurity among team workers, who feel supervised. Besides, there is concern regarding hospital infection. Thus, in accordance with other studies from different countries, these meanings entail reflections on the need to base the premature care in terms of collectively building a care philosophy that restores concepts of human rights, citizenship, bonding and mother-child attachment, pediatric psychology and also expands the concept of training for a participative health education.

DESCRIPTORS: infant, newborn; infant, premature; infant, low birth weight; family; neonatal nursing

PARTICIPAÇÃO DAS MÃES/PAIS NO CUIDADO AO FILHO PREMATURO EM UNIDADE NEONATAL: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE

Esse estudo tem como objetivo identificar e analisar os significados atribuídos pela equipe de saúde acerca da participação da mãe/pais no cuidado ao filho prematuro hospitalizado em um hospital público. Trata-se de um estudo com delineamento na abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e gravada de 23 profissionais. Os resultados mostraram que esta participação ainda é incipiente na unidade neonatal do hospital, mas há interesse da equipe de saúde em implementá-la, reconhecendo a sua importância ao favorecer a estabilidade clínica do prematuro e seu processo de crescimento e desenvolvimento, possibilitar a interação mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo, bem como o treinamento materno para a alta do filho. Percebemos ainda, que a mãe ajuda a enfermagem nos cuidados do filho hospitalizado, executando cuidados de maternagem. Por outro lado, a presença dos pais modifica o ambiente da unidade neonatal, pois interfere com a dinâmica do trabalho, gera insegurança na equipe que se sente fiscalizada e há preocupação com as infecções hospitalares. Assim, esses significados em consonância com outros estudos em diferentes países, nos levam refletir na necessidade de fundamentar a assistência ao prematuro em termos de construir coletivamente uma filosofia de cuidado que recupere conceitos sobre direitos humanos, cidadania, vínculo e apego mãe-filho, psicologia pediátrica e ampliar o conceito de treinamento para a educação participativa em saúde.

DESCRIPTORES: recém-nascido; prematuro; recém-nascido de baixo-peso; família; enfermagem neonatal

¹ Trabajo extraído de la tesis de doctorado; ² Enfermera, Profesor Magister de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, e-mail: jgallego@uaslp.mx; ³ Enfermera, Doctorante, e-mail: lumonti@eerp.usp.br; ⁴ Enfermera, Profesor Titular, e-mail: cscochi@eerp.usp.br. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de la investigación en enfermería

INTRODUCCIÓN

Con los avances de la tecnología aplicada a la asistencia neonatal, hubo aumento de la sobrevivencia de prematuros cada vez menores, con peso entre 500 y 700g, que pueden obtener su viabilidad a las 24 semanas de edad gestacional⁽¹⁾.

Se apunta que, además de la vulnerabilidad biológica de los prematuros y de bajo peso al nacer, los riesgos originados en el proceso terapéutico en unidades de cuidado intensivo neonatal, la utilización de procedimientos de alta complejidad y el largo período de internación, tornan a esos niños más susceptibles a las infecciones y a otras enfermedades, situaciones que elevan más los costos sociales y emocionales de la familia, pues envuelve mucho sufrimiento humano y, así, convierten a la prematuridad y bajo peso al nacer en problema de salud pública⁽²⁾.

Históricamente, el cuidado al niño fue responsabilidad materna, pero con el proceso de hospitalización de los niños enfermos, la familia fue excluida de la asistencia, conducta justificada teniendo como base el conocimiento disponible en cada momento histórico. Antes de la Segunda Guerra Mundial la madre fue separada del prematuro, pues, la madre que anteriormente amamantaba al hijo prematuro pasó a ser vista como una amenaza a la fragilidad de él y como fuente de infecciones, siendo, por lo tanto, impedida de mantener contacto con él, mirando solo a través de ventanas⁽²⁾. Después de la Segunda Guerra comenzó a estudiarse al respecto de los efectos de la separación y/o privación materna sobre el desarrollo y personalidad del niño⁽³⁻⁴⁾ y se comenzó a transformar el modelo tradicional de asistencia centrado en el bebé enfermo hacia un nuevo modelo que permite la participación de la madre/familia en el cuidado a partir de nuevas filosofías, conceptos y modelos de cuidado⁽²⁾.

Sin embargo, a pesar de ello y de los avances de la literatura y advenimiento de la legislación de los derechos humanos del niño, la situación del prematuro en nuestra realidad no cambió mucho. Actualmente, en la mayoría de los hospitales de México la visita de los padres/familia a los recién nacidos internados aun se restringe y es controlada por normas rígidas y la participación de la madre en el cuidado al prematuro aún es limitada. La situación de separación de las madres y familias de los prematuros asistidos en los hospitales de la ciudad

de San Luis Potosí, aun presente en la mayoría de las unidades neonatales, a pesar del conocimiento producido comprobando las ventajas de la participación materna y de la familia en el cuidado al prematuro, y de las transformaciones e innovaciones ocurridas en muchos servicios en Brasil y otros países, fue la motivación para la realización de investigación en esa temática.

Considerando que los profesionales de salud son agentes potenciales de cambios en los servicios de salud, se justifica la realización del presente estudio para identificar la percepción de los mismos sobre la inserción de los padres en el cuidado al hijo en unidades neonatales. Así, se subraya la importancia de la producción de conocimiento en México para que contribuya a la transformación asistencial.

El estudio tiene como objetivo identificar y analizar los significados de la participación de las madres/padres en el cuidado al hijo prematuro hospitalizado atribuidos por el equipo de salud de una unidad neonatal de San Luis Potosí, México.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, de naturaleza cualitativa, abordaje escogido por ser el más apropiado para descubrir y entender los significados de las acciones y relaciones humanas, lo que no es perceptible en las estadísticas⁽⁵⁾.

El estudio fue realizado en una unidad neonatal de un hospital público de San Luis Potosí, México, que es de tipo asistencial, de financiamiento de gobierno federal y estatal y de pago particular por parte de la clientela. Se trata de un hospital regional, de segundo nivel de atención, con algunas funciones de tercer nivel, atiende a las poblaciones rural y urbana, de bajos recursos y de clase media del municipio, del estado de San Luis Potosí y de otros estados circunvecinos. Las consideraciones éticas se fundamentan en el artículo tercero de la Ley general de Salud en México, y en el artículo 100 de la misma Ley para investigación con seres humanos. El proyecto fue elaborado aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la institución.

Participaron en el estudio 23 profesionales del equipo de salud, siendo 9 licenciadas en enfermería, y 1 enfermera general (E1... E10); 4 auxiliares de enfermería (AE1... AE4); 1 médico neonatólogo emérito, 2 médicos neonatólogos

adjuntos y 1 médico neonatólogo especialista en neuroestimulación temprana (M1... M4), 2 médicos residentes de pediatría (RP1 e RP2) e 2 trabajadoras sociales (TS1 e TS2), los cuales aceptaron participar en la entrevista grabada y firmaron el consentimiento informado.

Los datos se obtuvieron por medio de entrevista semiestructurada, conteniendo datos de identificación del entrevistado, y orientada por tres preguntas abiertas: Hable lo que piensa sobre la participación de la madre en el cuidado al hijo prematuro en unidad neonatal. ¿Cuál es la participación de la madre en el cuidado al hijo prematuro en esta unidad neonatal? ¿Qué sugiere para favorecer la participación materna en la unidad neonatal? Las entrevistas se realizaron en el hospital, en el periodo de septiembre de 2003 a septiembre de 2004, el turno de trabajo de los entrevistados. Las entrevistas duraron en promedio 45 minutos.

El marco de referencia teórico lo constituyó el acercamiento a las transformaciones asistenciales del prematuro, marcos históricos para el cuidado y la participación de la madre en la asistencia al prematuro en la unidad neonatal. El método utilizado fue el análisis de contenido, modalidad de análisis temático, cualitativamente, la presencia de ciertos temas denota las motivaciones, opiniones, actitudes, valores, creencias y tendencias, es decir, los valores de referencia y los modelos de comportamiento presentes en el discurso. A partir de las tres etapas operacionales, pre-análisis, exploración del material y tratamiento de los resultados obtenidos y su interpretación, se descubrieron los núcleos de sentido que componían esa comunicación⁽⁵⁾.

RESULTADOS

Todos los profesionales de salud consideran importante la participación de la madre en el cuidado al hijo prematuro en unidad, algunos destacan que también el padre debe participar:

...yo pienso que sí, que es muy importante que lo vean los papás, bueno la mamá, pero yo pienso que también el papá... (E4)

...la participación de los padres es esencial dentro de la evolución del recién nacido, mucho tiempo se hablaba de la diada madre-hijo, ahora se habla de la triada madre-padre-hijo. (M1)

Aprehendemos los siguientes significados: La presencia de la madre/padre favorece la estabilidad

clínica del prematuro y su proceso de crecimiento y desarrollo; La participación posibilita la interacción madre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo; La madre es entrenada para el alta del hijo; La madre ayuda a enfermería en los cuidados del hijo hospitalizado y La presencia materna/de los padres modifica el ambiente de la unidad neonatal.

La presencia da madre/padres favorece la estabilidad clínica del prematuro y su proceso de crecimiento y desarrollo

Los profesionales de salud destacan que a partir del estímulo propiciado por los padres en el cuidado del hijo prematuro, hay una mayor ganancia ponderal, favoreciendo el crecimiento del niño y, contribuye para el desarrollo neurológico del prematuro:

... cuando la madre atiende al bebé, el bebé crece mejor y más rápido y entonces esta es la primera parte, cuando lo atiende la madre... para que salga más rápido... (M4)

... si hay ventajas, hay niños que tenemos de 3 meses internados... están más reactivos y su psicología interna ya empieza a abrirse y en ese momento ya se da cuenta de quien tiene al lado, y es un avance... acercarse a la mamá que lo toque y ese contacto es muy importante para la formación en lo neurológico... (RP2)

Se destaca aun, que la proximidad con la madre/padres ofrece estímulos positivos para la estabilidad y evolución clínica do prematuro, reducción no tiempo de internación e disminución de las reinternaciones del niño, minimizando los costos de la atención:

...y la segunda razón es para que cuando salga no tenga reingresos, que les vaya mejor cuando se va a su casa... tenemos datos recientes en donde se (observa) que se acorta el tiempo de estancia... entre 10 a 15%... (M4)

...es menor gasto (\$)... (AE3)

La participación posibilita la interacción madre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo

El aspecto de relación entre el prematuro y los padres, especialmente la madre, es destacado por todos los entrevistados. Esa interacción se da por medio de estímulos táctiles (toque y caricias) y auditivos (habla y canto), así, ese contacto frecuente y el relacionamiento entre madre e hijo son importantes para el establecimiento del vínculo afectivo:

...para que conozca a su hijo... otra de las cosas importantes es que ella lo toque... se ha visto que el hecho de tocarlo, de estimularlo, de hablarle, sirve mucho para la posterior formación del bebé... ese estímulo de la madre es muy importante, que lo toque, que lo acaricie, que le hable, que le cante... (RP2)

...esa interacción entre la madre y el neonato pues porque la mamá le pasa la tranquilidad, le pasa la buena vibra, lo acaricia, le da, no debe haber separación entre el bebé y la mamá, se va iniciando desde allí en ese momento el apego a la mamá con las caricias... en la unidad de cuidados intensivos se les deja entrar igual a los dos, papá y mamá que lo toquen, que lo acaricien, aun cuando estén ventilados... (M3)

El equipo, principalmente los médicos, cita algunos efectos de la relación madre/padres-hijo desarmoniosa y del vínculo mal establecido, como violencia infantil y privación emocional:

...el primero (problema) es el síndrome del niño maltratado, esa primera consecuencia es como si fuera un abandono, lo dejan y no vuelve la mamá; cuando lo tienen (en casa) está sujeto a maltrato... El segundo (problema) sería el abandono de alimentación, que no le den de comer - pobrecito, y el tercero (problema) pues el abandono del desarrollo psicomotor, de que no avanza adecuadamente porque no tuvieron contacto temprano... (M4)

La madre es entrenada para el alta del hijo

Según los entrevistados, los padres desean cuidar del hijo, pero ellos tienen miedo debido al pequeño tamaño y al aparato tecnológico envuelto en la asistencia:

...muchas veces los papás participan despacio, y a veces van y los ven (bebé) pero les da miedo porque está muy pequeño el bebé... no quieren tomar la manita del bebé, no los quieren lastimar o fracturar... (E8)

...yo digo que sí es una limitante - la tecnología - porque cuando las mamás los ven llenos de aparatos, ellas tampoco los quieren tocar, tienen miedo, piensan que algo les va a pasar... (E2)

En la interacción con el equipo de salud, los padres buscan información sobre la condición del hijo, los cuidados y la previsión de alta. Las preguntas de los padres son dirigidas principalmente a las enfermeras, mas es el médico quien da información sobre el diagnóstico.

...no hay nada escrito, solo pueden dar información el residente o la jefa médica, porque hubo varios problemas y así se formalizó... pues de hecho nada más decirles "está estable"; "está delicado"; "está muy grave" no dar pronósticos "que el bebé está muy pequeño", "que depende mucho del bebé si sale o no sale" y "que es muy individual de cada bebé" yo así lo digo "puede ser un

mes, uno y medio meses, depende de que suban de peso y que para ellos 1g es muy importante... (E1)

... (enfermeras) son las que tienen más contacto con el entrenamiento de los papás porque a veces uno (médico) nada más les da la información general y uno los dirige hacia la enfermera y ella es la que está más allí sobre los detalles... se necesita que alguien, mejor que fuera una enfermera, estuviera dedicada a un paciente para que pudiera darle atención al papá... (M2)

El cuidado proporcionado por la madre en la unidad neonatal está ligado a un proceso de entrenamiento, formal o informal, las madres aprenden sobre los cuidados, en especial la alimentación, y según el estado clínico del hijo, hacen algunos cuidados especiales depende de ellos en el domicilio. Ese entrenamiento es realizado principalmente por la enfermera.

...creo que es más la participación de la enfermera, pues ellas son las que les enseñan más, como darles el pecho, como sacar el pezón de la boquita del bebé, y así las señoras también se sienten más seguras... (RP1)

... participar en la alimentación, porque si el recién nacido ya está en condiciones de ser lactado o de ser alimentado por succión... en el cambio de pañal, el aseo de genitales... y si el bebé egresara con medicamentos, pues también sería parte de la orientación que hay que darle a ella, que tipo de medicamentos va a llevar a su casa y tanto el esquema de vacunación que debe llevar sería una información aparte, fuera de lo común. (E5)

Las trabajadoras sociales localizan a la madre que comparece a la unidad neonatal y proveen alimentación, alojamiento y auxilio de transporte si es necesario.

... si es por falta de dinero, nos contactamos y llegamos a un acuerdo, a un convenio (con los padres), se apoya con la cuenta (\$), nosotros le apoyamos aquí, buscamos donativos para pasajes y le explicamos al familiar que no se preocupe que aquí le vamos a estar apoyando en cuenta o en pasaje... (TS1)

... se van los papás, y dejan a los bebés 8 días o hasta 15 días y la doctora X. se enoja: "ya no me anden dejando que esa señora (mamá) no venga... a ver que pasa con esta señora que se está deshijando con ese niño" y con cualquiera del equipo aunque sea con la trabajadora social está al pendiente para se los localicen (a los padres) para que vengan aunque sea dos veces a la semana... (AE5)

La madre ayuda a enfermería en los cuidados del hijo hospitalizado

Enfermería comparte con la madre los cuidados relacionados a la estimulación temprana y

alimentación del prematuro. Esta participación es percibida por algunas enfermeras como una ayuda que reduce la sobrecarga de trabajo:

... para la estimulación temprana, la doctora viene todos los días en la mañana, ella también les hace ejercicios, para que también les hagan (los padres) ejercicios en la boquita para que empiecen a estimularse ya nomás nosotras (enfermeras) se los reforzamos y si hay alguna duda pues ya nos preguntan... como que los estimulan, como que el contacto, les empiezan a hablar, está más reactivo el bebé, él está escuchando las voces, ellos se mueven, como que le ayuda bastante, porque aunque nosotras (las enfermeras) quisiéramos estarles hablando, o estimulándolos a todos, a veces no tenemos el suficiente tiempo... y a nosotros nos ayudan ellas (mamá) si tenemos mucho trabajo, pues también es una ventaja, nos ayudan al darle la alimentación... (E6)

... a veces el trabajo se queda sobrecargado para enfermería y el hecho que las mamá nos ayuden a dar biberón y lo sepa dar, eso da tiempo para las enfermeras continuar con las atenciones... (E8)

La presencia materna/dos padres modifica el ambiente de la unidad

A pesar de reconocer la importancia de la inserción de los padres en la unidad neonatal, los entrevistados también apuntan desventaja pues la presencia de los padres modifica el ambiente. Tal aspecto es citado particularmente por la enfermería, mencionando que los padres interfieren en la dinámica de trabajo y no centran la atención en el hijo:

... la única desventaja que yo vería, es que la madre no está preparada para ello, que no se le de una capacitación antes de que entre en contacto... porque nosotras encontramos que llega la mamá y en lugar de estar mirando al bebé, anda viendo lo que estamos haciendo, las máquinas, y está observando otras cosas... (E5)

... hay problema, de que (papás) se quieren meter a la hora que no es la hora de visita, ese es el problema que nosotros tenemos en neonatología, por ejemplo la gente viene después de las 6 ó antes de las 4 que es la hora en que nosotros apenas estamos haciendo los cuidados a los niños, que la fórmula, darles los cuidados, para que a las 4:30 pm ya estén los papas, y ese es el problema que se quieren meter a la hora que sea... hay bebés que están bien delicados y no los podemos estar atendiendo porque están los papás y no nos dejan hacer bien... (AE2)

Esa situación genera inseguridad en la realización de los procedimientos delante de los padres y hasta miedo de posibles cuestionamientos o denuncias por parte da clientela:

... y pueden haber situaciones donde a la mamá no le guste lo que (la enfermera) está haciendo con otro bebé o inclusive con su propio, y pues allí entran las denuncias (para el gobierno o derechos humanos); ella está en su derecho, pero eso es una limitante para desempeñarnos como lo hacemos constantemente en el servicio... (E8)

La escolaridad de los padres repercute también en la relación con la enfermera que se siente intimidada con las preguntas acerca del bebé hechas por aquellos más preparados, llegando a ser impedidos de adentrarse en la unidad neonatal. También hay dificultades en la comunicación con los padres de menor escolaridad que no entienden las orientaciones recibidas:

... las mamá preguntan poco, pregunta más la gente que está más preparada, una vez llegó un señor preguntándome el Apgar, entonces yo (me) dije, "ah! caray, este por qué viene hablándome del Apgar" y pues era maestro. Y me he fijado que cuando viene gente preparada nosotras nos detenemos, me incluyo, y hasta tratamos de no dejarlos pasar porque decimos "no, este es bien preguntón." Un tiempo antes había un señor que preguntaba sobre la saturación de oxígeno, o sea, cómo! y mis compañeras no lo dejaban entrar porque él preguntaba, pero la mayoría no preguntan y si preguntan es ¿ya lo bañaron? o ¿ya cambiaron el pañal?... (AE1)

... los que vienen de zona rural es mas difícil, no nos entienden lo que estamos diciendo... (AE2)

La falta de preparación del equipo para lidiar con la madre y la familia en la unidad es puesta en relevancia, pues la formación de los profesionales, en lo general, se centra en la fisiopatología. Así, algunos entrevistados citan la necesidad de actualización, sin embargo, los cursos ministrados en el local no posibilitan la amplia participación del equipo:

... en ella (médica de estimulación precoz) nos apoyamos porque es la que está más involucrada, la que ha tomado cursos, la que está preparada, nosotros (residentes) casi no llevamos preparación, en esa área específica no, solamente lo que vemos, el enfoque es más bien hacia lo fisiopatológico y de estimulación temprana... (RP1)

... uno (enfermera) no está acostumbrado ni a platicar con nadie, se rutiniza uno, de la casa al trabajo y pura rutina. Aquí es bien difícil (la capacitación en el trabajo), cada quien se acomoda con sus horarios, por ejemplo el personal de la mañana hace, porque sí, hacen (cursos), la verdad yo ni vengo, pero los hacen en los horarios de los de ellas... en la noche nos falta muchísima capacitación... (AE4)

La liberación de la entrada de visitantes en la unidad neonatal aun genera en algunos profesionales la preocupación con las infecciones. Por

otro lado, tal precepto es refutado por un médico que demuestra conocimiento actualizado sobre esa problemática:

... cuando yo comencé a trabajar en neo (unidad neonatal), nos prohibían dejar a los papás entrar, solo estábamos nosotras (enfermeras) y los médicos y había menos infección ... o sea, ellos veían a los bebés desde el vidrio... pues como es gente que no vive aquí cerca, son de lejos, están en el albergue, en la calle ... entonces es importante que entre, la mamá, se lave las manos, pero no es lo mismo... la unidad neonatal es una sala delicada por el tipo de paciente! (tono enfático); entonces les digo, lave muy bien sus manos, se pone la bata y entre, salgo y superviso que se laven bien, mas el otro día la mamá me ve y dice "allí está aquella enojona, mejor no entro" (en la unidad neonatal)...(AE1)

... eso se cuestionó al principio, todo mundo decía que al entrar los padres iban a aumentar las infecciones y nos daba temor, y eso es lo que se ha visto, que no pasa nada...claro, si se siguen las reglas cuando la mamá o el papá tienen una infección por supuesto no pueden (entrar), pero si se lavan las manos, usan la bata -en EUA ya no usan bata- pero si usamos la bata, cuando (el bebé) está enfermo, pues alguna cosa (protectora) para la madre y no pasa nada... y todos los picos de infecciones serias que se dan, no son de los padres, son por otras cosas... (M4)

DISCUSIÓN

La importancia de la participación materna y de los padres en el cuidado del hijo prematuro en unidad neonatal es apuntada por todos los entrevistados y está en consonancia con los estudios desarrollados⁽⁶⁻⁷⁾ y con las recomendaciones para su implantación en las unidades neonatales, desde el cuidado intensivo hasta el alta hospitalaria⁽⁸⁻⁹⁾.

Los beneficios de la participación materna y de los padres son ampliamente reconocidos, siendo apuntada la ganancia ponderal del niño, la reducción del tiempo de internación⁽⁶⁾, en las conductas comportamentales y cognitivas del bebé y el modelaje de la arquitectura del cerebro⁽⁷⁾ bien como benéfica para el tratamiento y recuperación del niño hospitalizado⁽¹⁰⁾. Y, también, los resultados de estudios controlados demostraron esos efectos clínicos, tales como la reducción de la dependencia del ventilador, mejoría de la ganancia ponderal, inicio de la succión no nutritiva más tempranamente, auto regulación, mejoría neurocomportamental, reducción del tiempo de hospitalización y de costos del cuidado⁽⁹⁾.

En general los estudios sobre la inserción de la familia en la asistencia al niño hospitalizado están

centrados en la participación materna, hechos comprensibles, pues históricamente la mujer ha asumido el papel social de responsable por el cuidado de la familia.

En un estudio sobre la vivencia paterna en unidad de terapia intensiva pediátrica, aprehendieron que el padre, al participar del cuidado del hijo hospitalizado con cardiopatías congénitas, vivía esa experiencia percibiéndose como tomador de decisión, en el papel de apoyador de la esposa e hijo e intentando conciliar esa vivencia con su cotidiano en el trabajo. Esos significados reflejaban el papel del hombre en la sociedad, como el de detentor del poder y proveedor de la familia⁽¹¹⁾.

Transformaciones en las relaciones sociales de género han sido evidenciadas. Actualmente, se sabe que el padre puede tener comportamientos maternos, debido a su capacidad para identificarse regresivamente con el bebé⁽⁴⁾.

La enfermera no llena el espacio junto al niño y el padre tiene el derecho legítimo y legal de estar presente, durante la internación del hijo⁽¹¹⁾.

En la asistencia al niño, el modelo de atención centrado en la familia ha sido enfatizado. Envuelve un conjunto de filosofías, principios y prácticas, que coloca en el centro de la asistencia a la familia, comprendiéndola como el recurso primario de fuerza y soporte, siendo importante para la toma de decisiones en la asistencia del hijo⁽¹²⁾.

Los profesionales de salud deben ofrecer soporte consistente y patrones de calidad de la asistencia, basado en respeto, responsabilidad y en las necesidades de la familia⁽⁹⁾.

Con relación a los significados atribuidos por los entrevistados que la participación de las madres/padres en la unidad neonatal, favorece la estabilidad clínica del prematuro y su proceso de crecimiento y desarrollo, constatamos que está de acuerdo con aquellos atribuidos por los enfermeros envueltos en el cuidado del niño hospitalizado, entrevistados en algunos estudios^(6,10).

Así, en estudio cuantitativo con enfermeras de algunos hospitales y maternidades del municipio de São Paulo, se verificó que todas las entrevistadas relataron que es importante la participación de la madre en la asistencia al recién nacido pretérmino, apuntando que la madre provee de estímulos primordiales para la evolución benéfica y rápida del hijo, que presenta mayor ganancia ponderal y se recupera más rápidamente, coadyuvando en el

desarrollo físico, mental y afectivo del niño. La separación del binomio madre-hijo fue citada como factor que afecta el crecimiento físico y mental del niño. Las enfermeras apuntaron como ventaja la ganancia ponderal y la posibilidad de reducir el tiempo de internación⁽⁶⁾.

Tal aspecto también es constatado en investigación cualitativa que analiza el significado para enfermería de la extensión de la participación de las madres en el cuidado, en una unidad pediátrica con sistema de alojamiento conjunto, en un hospital público de Cascavel, Paraná. Los entrevistados enfatizaron que esa participación trae muchos beneficios, dentro de ellos la recuperación más rápida del niño⁽¹⁰⁾.

En cuanto al significado atribuido que la participación materna y de los padres favorece la interacción y el establecimiento del vínculo madre-hijo, estudios y teorías sustentan la importancia de la madre y del padre se relacionen con el hijo, con vistas al desarrollo de la personalidad sana y a la formación de una base segura para el vínculo y apego madre-hijo⁽³⁾.

Se ha destacado la importancia de la interacción madre-hijo en el sentido de prevenir los daños por la separación precoz, los cuales puede ser leves hasta graves como el síndrome del niño maltratado y el abandono y por su relevancia para la formación del vínculo y apego^(3,9,13).

Se considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de tierna edad, el calor, la intimidad, la relación constante con la madre o con otra persona que la sustituya en carácter permanente. Tales cuidados evitan el proceso de privación materna⁽³⁾.

Creemos que los cuidados que la madre provee al hijo, las visitas de los padres a la unidad neonatal, corresponden al vínculo que los padres quieren establecer con el hijo, a través de su proximidad, y así, intentan transmitir al bebé su amor. En ese sentido, en la visión de las madres, en su presencia, sus hijos se sienten más protegidos, seguros, confiantes y recibiendo cariño⁽¹⁰⁾.

La familia debe estar presente en todas las unidades neonatales, particularmente en aquellas que asisten clientela de alto riesgo, pues cada vez es mayor la sobrevivencia de bebés más inmaduros que requieren largos períodos de internación. En ese sentido, sobresale que el cuidado centrado en la familia está fundamentado en la comprensión de que la

familia es para el niño la primera fuerza y soporte y trae beneficios para el niño, familia e instituciones y en la salud perinatal se reducen las tasas de nacimientos de bajo peso y pretérmino. Así, recomienda el uso del modelo de cuidado centrado en la familia, en que el núcleo sea el bienestar de esa familia, desde el período prenatal, nacimiento, internación, seguimiento y asistencia de soporte después del alta⁽¹²⁻¹³⁾.

La madre es entrenada en la unidad neonatal, durante su participación en el cuidado al hijo prematuro, así, ella recibe informaciones y orientaciones sobre cuidados de higienización y alimentación. La relevancia de las orientaciones pasadas a las madres/padres, durante la permanencia del hijo prematuro en la unidad neonatal, es discutida por especialistas e investigadores, habiendo recomendaciones y directrices para su desarrollo sistemático^(6,9-10,12-13).

En este estudio, en el entrenamiento de los padres, la enfermera es citada como el profesional clave y la madre es entrenada y realiza cuidados de maternidad al hijo prematuro, especialmente aquellos relacionados con la alimentación, al seno materno o fórmula láctea.

Sin embargo, ese entrenamiento e informaciones son generados de las posiciones de los profesionales en la división técnica y social del trabajo. Así, cuando el médico informa a la madre/padres sobre la condición del hijo, el diagnóstico, el tratamiento y la evolución clínica, es porque han asumido el control del proceso de trabajo en la unidad neonatal como un todo. En el trabajo de enfermería, el enfermero coordina, orienta y supervisa al personal de enfermería, a otros funcionarios, así como en cuanto a la organización del ambiente⁽¹⁴⁾.

En el contexto de división técnica y social del trabajo, los padres detentan un papel pasivo delante de los profesionales y la participación puede no estar siendo vivida como un derecho⁽¹⁵⁾. Mas, si, como un conjunto de acciones dictadas por los profesionales de salud.

Creemos que los servicios neonatales mexicanos están, gradualmente, reconociendo la importancia de ese entrenamiento para dar continuidad al cuidado del bebé en su domicilio, sin embargo, en la unidad neonatal en estudio, las orientaciones recibidas por la madre/padres son genéricas, dependientes de la patología del bebé y, muchas veces, ocurre en el momento del alta.

Se recomienda la planeación del alta con la educación de los padres, los cuales pueden ser envueltos desde la admisión, iniciando su participación en el cuidado del hijo en la unidad neonatal, teniendo como uno de los efectos positivos la adquisición de habilidades para la continuidad del cuidado en casa⁽¹³⁾.

Reflexionando sobre ese nuevo paradigma y en consonancia con las recomendaciones actuales, consideramos que los niños que nacieron prematuramente, cuando egresan de la unidad neonatal, aún se encuentran en situación de riesgo. Esos niños tienen más riesgos de morir o de quedar con secuelas y después del alta, pueden necesitar de algunos cuidados especiales que deben ser aprendidos por los padres.

La forma como viene dándose esa participación, donde la madre no participa en la toma de decisiones, no contribuye para la construcción del cuidado compartido entre madres y enfermeras, las distancia y fortalece la ejecución del cuidado fragmentado, dividido en partes, de acuerdo con el valor atribuido a cada cuidado, pues la madre participa en los cuidados más domésticos que son los menos valorados por su menor exigencia intelectual⁽¹⁰⁾.

En esa relación con el equipo de salud, las madres pueden ayudar o interferir, dependiendo de la postura frente a las situaciones. Mismo siendo considerado como agente de colaboración en el trabajo, dependiendo de los momentos y actividades de la rutina del servicio, la presencia de los padres en la unidad neonatal modifica el ambiente y, en determinadas situaciones, los entrevistados verbalizaron que ellos interfieren en la dinámica de trabajo, sobretodo cuando de la realización de procedimientos como medicación, pruebas clínicas y otros procedimientos más complejos en el tratamiento. En la visión de las enfermeras, las madres deben ayudar sin ser invasivas⁽¹⁰⁾. Eso significa que las madres/padres puede permanecer en la unidad sin romper las reglas del servicio y, para ello, el equipo, en especial de enfermería, fija horarios de acceso de los padres a la unidad neonatal.

Aprehendemos ahí una dualidad en la percepción de los entrevistados, que consideran relevante la participación de los padres, mas, la enfermera puede ser una de las principales barreras para esa permanencia, porque las enfermeras creen que los padres son fuente de estrés y consumen su valioso tiempo⁽⁸⁾; así, los padres colaboran, pero, a veces, interfieren el trabajo.

La preocupación de la enfermera con la infección por la entrada de los padres y familiares en la unidad neonatal carece de mayor base científica. Las transformaciones en la asistencia al prematuro con la incorporación de las cuestiones psicológicas a la práctica asistencial, llevó a la inserción más activa de los padres en el cuidado del hijo, inclusive en la asistencia en unidades de terapia intensiva⁽²⁾. Los otros miembros de la familia que antes se les prohibía entrar en las unidades neonatales pasaron a relacionarse con el prematuro durante su larga hospitalización, siempre que fuese necesario y planeado de forma individualizada. Los resultados de las investigaciones microbiológicas y epidemiológicas evidencian que esa práctica no causó aumento de la infección hospitalaria. Así, los fundamentos de la profilaxis de la infección fueron revisados, siendo el foco de las medidas restrictivas de aislamiento movido hacia el uso de materiales desechables y procedimientos de desinfección de los equipamientos y de las manos de los cuidadores.

CONSIDERACIONES FINALES

La participación de las madres/padres aun es incipiente en el hospital, mas, hay interés del equipo de salud en implementarla, pues reconoce su importancia al favorecer la estabilidad clínica del prematuro y su proceso de crecimiento y desarrollo, posibilitar la interacción madre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo, bien como el entrenamiento materno para el alta del hijo.

La madre al participar ayuda a enfermería en los cuidados del hijo hospitalizado, ejecutando cuidados maternos. Por otro lado, la presencia de los padres modifica el ambiente de la unidad neonatal, pues interfiere en la dinámica del trabajo, genera inseguridad en el equipo que se siente fiscalizado y hay preocupación con las infecciones hospitalarias.

Otro avance de la asistencia en la unidad neonatal estudiada en México, se refiere al hecho de que algunos profesionales apuntaron también la importancia de la inserción del padre en el cuidado del hijo prematuro. Eso nos hace pensar en los cambios al respecto del papel de la madre como la única cuidadora de la salud de la familia, y que esas transformaciones son decurrentes de las nuevas demandas de cuidado traídas por la organización de los sistemas familiares actuales, articuladas a los cambios en el contexto social.

Urge, por tanto, implantar la educación permanente del equipo neonatal, incluyendo también contenidos sobre el cuidado centrado en el desarrollo, apego y vínculo afectivo madre-hijo y familiar, relacionamiento interpersonal, acogimiento de la clientela, entre otros, más allá de técnicas educativas para optimizar el entrenamiento de la madre y familia con vistas al cuidado domiciliario. Hay necesidad, aun, de ampliar la comprensión de la preparación para el alta del bebé, con vistas al seguimiento del crecimiento y desarrollo adecuado

y saludable y un proceso de educación participativa en salud.

Necesitamos entonces, pensar en transformaciones, mas, venidas de las propias reflexiones de los profesionales, intentando mirar para la realidad de los sujetos que están vivenciando esas situaciones - los padres del bebé internado en la unidad neonatal, los cuales también tienen algo que decir. La participación de la familia en el cuidado al prematuro tiene que estar insertada en la filosofía institucional, laguna esa apuntada por los entrevistados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Valencia SG. La ética y el recién nacido de muy bajo peso. *Acta Pediatr Mex* 1996; 17(2):60-3.
2. Scochi CG. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.
3. Bowlby J. Los cuidados maternos y la salud mental. Estados Unidos de América: OPS; 1954. (Publicaciones científicas, 14).
4. Díaz RJL, Guerra V, Strauch M, Rodríguez RC, Bernardi R. La madre y su bebé: primeras interacciones. 3rd ed. Uruguay: Roca Viva; 1993.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 7^a ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 2000.
6. Barbosa VL. Conhecimentos e opiniões de enfermeiras sobre a participação da mãe na assistência ao recém-nascido prematuro. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 1990.
7. Davis L, Mohay H, Edwards H. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. *J Adv Nurs* 2003 June; 42(6):578-86.
8. Rikli JM. Parenting the premature infant: potential iatrogenesis from the neonatal intensive care experience. *Online J Knowledge Synthesis Nurs* 1996 August; 3(7).
9. Robison LD. An organizational guide for an effective developmental program in the NICU. *JOGNN Clin Issues* 2003 May-June; 32(3):379-86.
10. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 março-abril; 12(2):191-7.
11. Souza ABG, Angelo M. Buscando uma chance para o filho vir a ser: a experiência do pai na UTI. *Rev Esc Enfermagem USP* 1999 setembro; 33(3):255-64.
12. American Academy of Pediatrics. (AAP). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 2003 September; 112(3):691-6.
13. American Academy of Pediatrics. (AAP). Hospital discharge of the high-risk neonate – proposed guidelines. *Pediatrics* 1998 August; 102(2):411-7.
14. Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 maio-junho; 12(3):469-76.
15. Machado MFAS, Vieira NFC. Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 janeiro-fevereiro; 12(1):76-82.