

O cuidado realizado pela família ao recém-nascido prematuro: análise sob a teoria transcultural de Leininger

The care provided by the family to the premature newborn: analysis under Leininger's Transcultural Theory

El cuidado realizado por la familia al neonato prematuro: análisis bajo la teoría transcultural de Leininger

Ana Celi Silva Torres Nascimento^I

ORCID: 0000-0003-2738-6110

Aisiane Cedraz Morais^I

ORCID: 0000-0001-9547-6914

Rita da Cruz Amorim^I

ORCID: 0000-0001-8782-2151

Deisy Vital dos Santos^{II}

ORCID: 0000-0002-2312-3586

^I Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Cruz das Almas, Bahia, Brasil.

Como citar este artigo:

Nascimento ACST, Morais AC, Amorim RC, Santos DV. The care provided by the family to the premature newborn: analysis under Leininger's Transcultural Theory. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20190644. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0644>

Autor Correspondente:

Ana Celi Silva Torres Nascimento
E-mail: celitorres19@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José De Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 10-09-2019 **Aprovação:** 06-04-2020

RESUMO

Objetivo: Analisar as práticas de cuidado dos familiares de prematuros internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal à luz da teoria transcultural de Leininger. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Foram realizadas observação participante e entrevistas semiestruturadas com 16 familiares de recém-nascidos internados na unidade neonatal de uma maternidade pública, durante os meses de maio e junho de 2019. Utilizou-se o software denominado Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaire[®] e a técnica Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Emergiram duas categorias temáticas: Cuidado da família na unidade neonatal; Suporte (in)eficaz para o cuidado compartilhado. **Conclusão:** A participação das famílias no cuidado aos bebês ainda é instável, porém deve ser elemento indissociável do cuidado culturalmente congruente, colaborando, assim, com a recuperação integral do prematuro.

Descritores: Família; Recém-Nascido Prematuro; Cuidado da Criança; Hospitalização; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

Objective: To analyze the care practices of family members of premature infants admitted to a Neonatal Intensive Care Unit in the light of Leininger's transcultural theory. **Methods:** Qualitative, descriptive and exploratory study. Participant observation and semi-structured interviews were conducted with 16 family members of newborns, admitted to the neonatal unit of a public maternity hospital, during the months of May and June 2019. The software called Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaire[®] and the Bardin Content Analysis technique. **Results:** Two thematic categories emerged: Family care in the neonatal unit; (in)effective support for shared care. **Conclusion:** The participation of families in the care of babies is still unstable, but it must be an inseparable element of culturally congruent care, thus collaborating with the full recovery of the premature.

Descriptors: Family; Premature New-born; Child Care; Hospitalization; Neonatal Intensive Care Units.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las prácticas de cuidado de los familiares de prematuros internados en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal a la luz de la teoría transcultural de Leininger. **Método:** Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. Han sido realizadas observación participante y entrevistas semiestruturadas con 16 familiares de neonatos internados en la unidad neonatal de una maternidad pública, durante los meses de mayo y junio de 2019. Se ha utilizado el software denominado Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaire[®] y la técnica Análisis de Contenido de Bardin. **Resultados:** Emergieron dos categorías temáticas: Cuidado de la familia en la unidad neonatal; Suporte (in)eficaz para el cuidado compartido. **Conclusión:** La participación de las familias en el cuidado a los bebés aún es inestable, sin embargo debe ser elemento indisoluble del cuidado culturalmente congruente, colaborando, así, con la recuperación integral del prematuro.

Descriptoros: Familia; Neonato Prematuro; Cuidado del Niño; Hospitalización; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

INTRODUÇÃO

Para muitas famílias, o curso da gestação e do nascimento constitui a concretização de um sonho, tendo como expectativa uma criança sadia, capaz de conservar os valores e características específicas de cada família. Entretanto, a chegada de um filho pode ocasionar várias transformações no ambiente familiar, como a aquisição de novos papéis e responsabilidades pelos membros da família. Somado a isso, pode haver o aparecimento de instabilidade emocional e vulnerabilidade quando ocorre o nascimento de um bebê prematuro, que venha a necessitar de cuidados intensivos em uma Unidade Intensiva Neonatal ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)⁽¹⁻²⁾.

A hospitalização em uma Unidade Intensiva Neonatal é tanto uma experiência desafiadora que provoca impactos variados sobre o recém-nascido (RN) e sua família, podendo gerar uma interrupção na dinâmica familiar, quanto um local que cuida e salva vidas⁽³⁻⁴⁾. Essa ruptura da unidade familiar leva ao desequilíbrio na sua capacidade de funcionamento, de modo que surgem conflitos, afastamento dos seus membros e alteração na sua dinâmica de funcionamento⁽⁵⁻⁶⁾.

Após a inserção dos pais na hospitalização infantil, o cuidado deixou de ser centrado na criança, e o seu ambiente social e relacional passou a ser valorizado, de forma que a criança e a família são consideradas como um só cliente. Assim, reconhece-se a relevância da família nos cuidados à criança, respeita-se a individualidade de cada membro e as suas histórias de vida, presta-se auxílio a cada um na superação das dúvidas e dificuldades do período de adoecimento da criança e possibilita-se a recuperação, reorganização e equilíbrio da família que vivencia a hospitalização⁽⁷⁾.

Essas mudanças no modelo assistencial surgiram com a implantação do Método Canguru no Brasil, que é um modelo de intervenção individual baseado no cuidado singular ao prematuro e sua família. Ele incentiva a proximidade do contato pele a pele entre neonato e os pais prematuros pelo tempo que ambos acharem prazeroso, favorecendo-lhes o fortalecimento do vínculo afetivo e, ainda, proporcionando melhor desenvolvimento da criança⁽⁸⁾.

Diante disso, é imprescindível a ampliação do foco assistencial, expandindo a atenção dos profissionais de saúde às famílias e aos demais cuidadores. Nessa direção, o modelo assistencial Cuidado Centrado na Família (CCF) reconhece a importância da família no contexto do cuidado, garante a participação de todos no planejamento das ações e na tomada de decisões, revela uma nova forma de cuidar onde cada família defina os seus próprios problemas e necessidades. Ademais, o CCF pode oferecer recursos para fortalecer a família, estimulando o seu potencial e promovendo a sua autonomia⁽⁹⁾.

Os efeitos positivos da prática de CCF no ambiente neonatal estão relacionados à diminuição do tempo de permanência do neonato na Unidade Intensiva Neonatal e de reinternações, aumento do vínculo entre RN e família, maior adesão ao método canguru e aumento das taxas de amamentação, além da redução do estresse parental e o aumento da autoconfiança no trabalho realizado pelos profissionais de saúde⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Além disso, quando os pais têm acesso irrestrito à internação do filho e podem acompanhar todos os procedimentos, conseguem aceitar melhor a condição de saúde dele⁽¹²⁾.

Embora, haja o reconhecimento da família como unidade de cuidado pelos profissionais de saúde, há uma lacuna entre o conhecimento teórico e a prática clínica de maneira sólida e sistematizada. Isso porque a família precisa sair de uma posição secundária, compartilhar o poder e caminhar em direção oposta aos sentimentos de vulnerabilidade, o que vale, portanto, também para a família do RN prematuro: ela precisa ser empoderada, a fim de atenuar os danos da hospitalização^(8,9).

A família cuida a partir dos seus referenciais e reproduz no hospital as práticas de cuidado fundamentadas em suas crenças, costumes, recursos e visões de mundo; porém, práticas estas nem sempre compatíveis com a cultura de cuidado dos profissionais de saúde⁽¹³⁾. Baseado na teoria de Leininger, o enfermeiro deve estar capacitado para atender os indivíduos em sua totalidade, respeitando os aspectos culturais de cada família para desenvolver um cuidado culturalmente congruente, em que a cultura do paciente esteja presente no planejamento assistencial⁽¹⁴⁾.

A relevância deste estudo consiste em seu recorte inédito: por meio do levantamento do estado da arte, utilizaram-se os descritores em português "família", "pré-termo", "prematuro" e "transcultural" e, em inglês, "Family", "Preterm", "Premature", "Trans-culture"; além do operador booleano "and"; nos bancos de dados LILACS, SciELO, PubMed, MEDLINE e PePSIC; com um período de dez anos de publicação; incluindo artigos, dissertações e teses nacionais e internacionais. Obtiveram-se dez publicações, mas todas sem articulação com a temática.

Esta pesquisa contribui para reflexões em diferentes contextos: nos serviços de saúde, na medida em que posicionamos a família como protagonista do cuidado do RN na UTIN; sinaliza aspectos que são essenciais para um modelo de cuidado centrado na família; no ambiente acadêmico, faz (re)pensar uma formação nos cursos de saúde que amplie o olhar para o prematuro e sua família; e por fim, junto das famílias e RN, que serão assistidos na perspectiva do cuidado transcultural, sendo percebidos para além da prematuridade.

OBJETIVO

Analisar as práticas de cuidado dos familiares de recém-nascidos prematuros internados na Unidade Intensiva Neonatal à luz da teoria transcultural de Leininger.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Todas as etapas desta pesquisa foram respaldadas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovadas pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Referencial teórico metodológico

A utilização de teorias de enfermagem na prática do enfermeiro proporciona cientificidade ao cuidado e tem contribuído para a construção de um campo de conhecimento próprio. Nesse contexto, as teorias são instrumentos que servem de guia para a atuação do enfermeiro nas áreas de assistência, gerência, pesquisa

e no ensino, contribuindo para a aquisição da autonomia da profissão, reconquista social e fortalecimento da enfermagem⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Para respaldar as reflexões teóricas sobre as práticas de cuidado das famílias de prematuros na UTIN, foi escolhida a teoria do cuidado cultural (TCC) de Madeleine Leininger, pois, dentre as teorias de enfermagem, é a que engloba a ideia do cuidar/cuidado humano em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas do mundo⁽¹⁷⁾. Essa teoria aprecia a diversidade e universalidade cultural. Busca prover uma forma de cuidar que seja efetiva e tenha origem nas necessidades do indivíduo, sua família e grupos culturais. Estes devem ser estudados em intimidade para possibilitar um tipo de cuidado culturalmente congruente com as necessidades da população na perspectiva de cuidado humanizado⁽¹³⁾.

Tal teoria é representada pelo modo sistematizado e estruturado no modelo Sunrise, que retrata as fases do processo de enfermagem, no qual exhibe o histórico, o reconhecimento da situação cultural e as ações de cuidado de enfermagem. Esse modelo tem como objetivo defender a importância e a influência da dimensão cultural na interconexão do cuidado aplicado na enfermagem, que é essencial para uma assistência eficiente e resolutive⁽¹⁵⁾.

Para esta pesquisa, delimitou-se o segundo nível do modelo do Sunrise, que inclui os indivíduos, famílias e culturas no contexto de saúde, com destaque para os determinantes que influenciam os modos de cuidar, como políticos, econômicos, religiosos, valores e crenças culturais, fatores ambientais e etno-históricos.

Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, fundamentada na teoria transcultural de Leininger. A pesquisa atendeu aos passos recomendados pelos Critérios Consolidados para Relatar uma Pesquisa Qualitativa (COREQ)⁽¹⁸⁾.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

Trata-se de uma UTIN da maternidade pública de Feira de Santana, Bahia, Brasil, possuindo nível de atenção de média complexidade ambulatorial e hospitalar, especializada em urgência e emergência obstétrica, com a proposta de assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal e aos recém-nascidos.

Fonte de dados

Neste estudo, foi considerado o conceito de família como o de uma unidade dinâmica, unida por laços de consanguinidade e/ou afetividade, considerando pessoas próximas (avós, vizinhos e amigos) como membros da família⁽¹⁹⁾. Foram realizadas 16 entrevistas com familiares de prematuros internados na unidade referida. Os critérios de inclusão foram: famílias de RNs pré-termos (RN abaixo de 36 semanas e 6 dias de gestação); internados na UTI neonatal há pelo menos 7 dias, considerando ser este o tempo ideal de convivência no ambiente para responder ao questionamento do objeto de estudo. Foram excluídas: famílias de prematuros que tivessem alguma má-formação congênita, pois essa condição implica práticas e cuidados específicos. Ressalta-se que a

saturação de dados aconteceu pela compreensão do objeto de estudo por meio das falas dos familiares.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados aconteceu entre maio e junho de 2019, quando foi realizada a observação participante, conversas informais e interação com as famílias presentes na Unidade Intensiva Neonatal, bem como a observação das práticas de cuidado efetuadas por estas com as crianças no cenário neonatal. Para uma maior apreensão de detalhes contextuais e expressões não verbais do sujeito, utilizou-se o diário de campo como instrumento de registro.

Ainda, foram executadas as entrevistas semiestruturadas, com duração média de 18 minutos, em sala reservada na coordenação da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) devido à indisponibilidade de sala na UTI neonatal. A opção por essas técnicas de coleta justifica-se, neste estudo, pela importância de a observação poder elucidar ou confrontar os dados apreendidos pelas entrevistas semiestruturadas, permitindo a compreensão do universo do cuidado da família com o RN hospitalizado à luz da teoria transcultural.

O roteiro da entrevista foi composto por quatro tópicos norteadores a respeito da participação da família no cuidado compartilhado ao recém-nascido prematuro hospitalizado: "Conte-me como é para você ter um filho prematuro internado em UTI neonatal"; "Fale-me como é para você cuidar de uma criança prematura hospitalizada"; "Descreva os cuidados realizados pela(o) senhora(senhor) dentro da Unidade de Terapia Intensiva com seu(sua) filho(a)"; "Conte-me o que ou quem ajudou a(o) senhora(senhor) a cuidar do seu filho na UTI neonatal".

Para garantir o rigor metodológico, as entrevistas foram gravadas com a utilização de aparelho eletrônico/digital mediante a autorização dos participantes que concordaram em participar da pesquisa e após a assinatura dos devidos termos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o Termo de Autorização de Responsáveis, dependendo da faixa etária do entrevistado. Para manter o anonimato, os fragmentos de cada familiar entrevistado apareceram codificados pela letra E, seguida de algarismo árabe para representar a ordem de participação (de E1 a E16).

Análise dos dados

Posteriormente, os dados foram organizados e analisados pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin, seguindo as três etapas fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, que inclui a inferência e a interpretação⁽²⁰⁾.

Outra técnica empregada nas entrevistas, após a análise de Bardin, foi a utilização do software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ[®]), um programa que permite análises estatísticas sobre os corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. Ele é ancorado pelo software R e pela linguagem Python⁽²¹⁻²²⁾. É válido ressaltar que esse software constitui um instrumento de tratamento de dados; assim, realiza uma análise lexicográfica do conteúdo textual, denotando repartições e classes que revelam as categorias de análise evidenciadas nas falas dos sujeitos⁽²³⁾.

O IRaMuTeQ® permite a utilização de diferentes recursos técnicos de análise lexical, dos quais se destacam: análises lexicais clássicas; análise de especificidades; método de classificação hierárquica descendente (CHD); análise de similitude; e nuvem de palavras. Assim, optou-se pela “nuvem de palavras”, que permite realizar o agrupamento das palavras e as organiza graficamente em função de sua frequência⁽²¹⁻²²⁾.

Para complementar a análise de dados, realizou-se, por fim, o tratamento dos dados empíricos à luz do referencial teórico adotado. Após análise, os resultados foram decodificados minuciosa e exaustivamente, gerando as seguintes categorias temáticas: Cuidado da família na unidade neonatal e Suporte (in)eficaz para o cuidado compartilhado.

RESULTADOS

Participaram diretamente do estudo: 16 familiares – 14 mães, 1 pai e 1 vizinho/amigo da família; e indiretamente, outros familiares (mães, pais, avós) que foram observados no cenário da UTI neonatal. Quanto à idade, variou dos 17 a 46 anos. Referente à localização, 8 moravam em Feira de Santana e 8 pertenciam a outros municípios. Em relação à renda familiar, 10 informaram ter renda mensal de 1 salário mínimo, 3 possuíam renda acima de 1 salário mínimo, 1 possuía o benefício do esposo e o auxílio do Bolsa Família e 1 dependia do Bolsa Família. Essas duas últimas condições (morar em outro município e a renda mensal baixa) dificultam a presença dos familiares no ambiente neonatal e emergem no contexto do cuidado transcultural para avaliarmos a presença da família nesse setor.

Ao utilizar o programa IRaMuTeQ®, as palavras foram apresentadas com tamanho diferentes: as maiores são aquelas com maior frequência no corpus, e as menores apresentam frequências inferiores, fornecendo uma ideia do conteúdo do material textual⁽²¹⁾. A nuvem de palavras está apresentada na Figura 1.

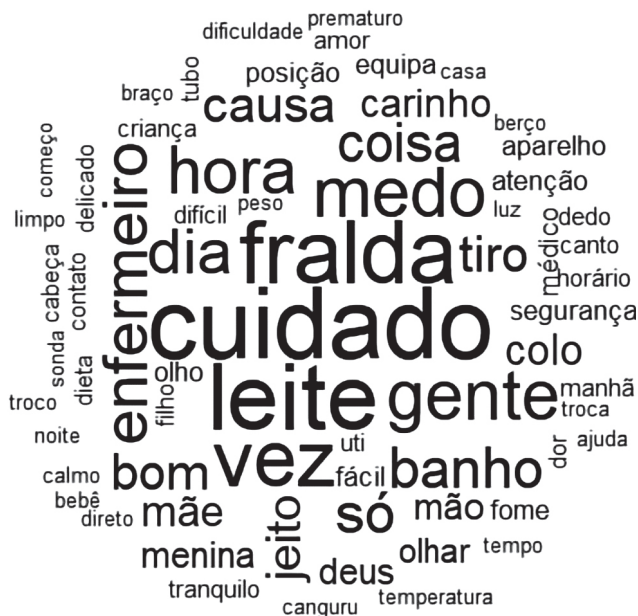


Figura 1 – Nuvem de palavras sobre a prática de cuidado familiar aos prematuros em uma Unidade Intensiva Neonatal sob a visão transcultural, Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019

Observa-se que a palavra “cuidado” possui maior tamanho e centralidade na imagem, seguida de palavras significativas como “fralda”, “leite”, “banho” e “colo”. Ainda que outros familiares estejam presentes no cenário da Unidade Intensiva Neonatal, a figura materna destaca-se no cuidado do bebê, e essas palavras — evidenciadas pela “nuvem” — denotam as ações relacionadas ao papel materno que essas mulheres desejam manter no ambiente neonatal com seu filho prematuro; entretanto, necessitam do suporte dos profissionais de saúde, principalmente do “enfermeiro”, visando ao preparo para um cuidado compartilhado.

Ressalta-se, nesse contexto, o surgimento da palavra “medo”, o que pode significar uma barreira para inserção da família no cuidado ao prematuro na UTI neonatal, assim como sinaliza que a equipe precisa valorizar os sentimentos da família a fim de possibilitar um cuidado congruente, como refere Leininger⁽¹³⁾.

Dos fatores presentes no segundo nível do modelo Sunrise de Leininger, foi possível identificar e descrever os fatores tecnológicos, sociais, econômicos e educativos que influenciam os padrões e expressões de cuidado e saúde. Esses fatores se entrelaçam e afetam diretamente o cuidado familiar ao mesmo tempo que sinalizam aspectos para cuidado congruente, com vistas a uma assistência ampla, eficiente e resolutiva⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Cuidado da família na unidade neonatal

Identificou-se que boa parte dos cuidados prestados pelas famílias estão associados à higiene e alimentação do RN, ainda que condicionados a normas e rotinas impostas pela instituição hospitalar, como mostram os relatos a seguir:

Eu só dou o leite, porque quem dá o banho são as equipes [de enfermagem] tudo [...]. Lá [na UTIN] eu tiro leite para ele. Eu não tenho o suficiente para dar para ele, mas estou tentando. (E2)

A troca de fralda com todo cuidado, com o umbigo, com os acessos, que tem que ter cuidado pra não perder. (E11)

Outro cuidado significativo registrado em diário de campo e também referido nas entrevistas foi o desejo da família de permanecer no ambiente da unidade neonatal, protegendo e dando carinho ao filho, sinalizando o quanto a presença física é importante para a recuperação do RN:

Dou carinho, converso bastante. Chego lá [na UTIN], fico conversando e ele fica querendo sorrir. (E2)

É eu tento conversar com ele o máximo, pra ele se sentir próximo de mim. Eu tento ir lá [na UTIN] o máximo de vezes possível. Eu fico lá com ele, mesmo que eu não fique ali conversando, eu fico ali sentada. (E8)

Algumas entrevistadas ressaltaram um cuidado frequente e prazeroso, também percebido durante as observações, que foi a realização da posição Canguru. Isso gerava uma expectativa na família de poder ajudar na recuperação do RN, retomando o controle sobre a sua vida; promovendo, assim, a sua autonomia. Assim, ao receber as orientações dos profissionais de saúde sobre esse cuidado, a família se percebia fortalecida em

sua autoconfiança e aprendia um novo cuidado, diferente do habitual, como se observa nas falas:

Já carrego ele no colo [...]. O meu calor passa pra ele, ele não perde peso, da temperatura normal que a de fora. (E2)

O método canguru, eu pego ele pra ele ir se acostumando comigo e também pra poder ter um ganho de peso, né, que ajuda e no metabolismo dele. (E12)

Embora algumas mães relatassem atitudes positivas em participar dos cuidados, outras referem sentimentos de não “fazer nada”, nenhum cuidado significativo para o seu filho, evidenciando a falta de uma boa orientação e suporte sobre as ações de cuidado por parte da equipe de saúde, o que mantém a família em uma zona de insegurança e não envolvimento com o ambiente neonatal, demonstrado pelos trechos a seguir:

Eu não consigo fazer nada. Nada mesmo. A única coisa que consegui fazer foi colocar ele no colo. Nem trocar ele, eu consegui trocar ainda. (E6)

Não, eu faço, eu só fico lá olhando e conversando porque eu não tenho muito o que fazer, o que tem que fazer, quem faz é elas [equipe de enfermagem], elas que fazem tudo. (E9)

Houve referências ao medo e à falta de experiência dos pais em permanecer e cuidar do prematuro na Unidade Intensiva Neonatal. Isso pode ocorrer pelo fato de os pais estarem vivenciando a maternidade pela primeira vez, pelas características peculiares do prematuro e pelo contexto da hospitalização, deixando-os inibidos e paralisados nesse cenário, como evidenciam os seguintes relatos:

Não fiz nenhum ainda, não dei banho a ele, até hoje não troquei fralda ainda, por medo meu. [...] elas [equipe de enfermagem] falam: “Mãe, se quiser pode trocar, pode trocar”, mas eu ainda tenho medo. (E1)

Eu já passo o dedinho no rosto dele. Já coloco a minha mão nele. Então, isso pra mim, já está sendo maravilhoso. Se eu pudesse eu fazia muito mais. Eu não faço mais por medo e também por falta de experiência. (E12)

Suporte (in)eficaz para o cuidado compartilhado

Os achados apontaram que a falta de conhecimento sobre a hospitalização e sobre a prematuridade potencializam a fragilidade da família, sobretudo quando se depara com um ambiente desconhecido da UTI neonatal, fazendo as mães imaginarem que algo de ruim possa acontecer com o seu filho. Essa situação pode exercer influência sobre a falta de engajamento delas no cuidado ao RN, conforme ilustram os depoimentos:

Me desesperei muito no começo, não sabia o que era uma UTI, para os bebês que estavam graves, fiquei muito desesperada. (E2)

Pois foi bem difícil quando eu soube que ele iria para UTI, porque assim, quando vai na verdade, quando a mãe sabe que vai para UTI a primeira vez toma um choque. (E1)

Outra situação que emergiu relaciona-se à condição social e estrutural das famílias, como distância geográfica, acessibilidade e fatores econômicos, trazendo os elementos do segundo nível do modelo Sunrise de Leininger, que influenciam os modos de cuidar no contexto individual e familiar. Assim, observou-se nos horários de visita ao RN a pouca frequência de familiares e, consequentemente, fragilidade na inserção ao cuidado compartilhado, como pode ser visto no relato a seguir:

No caso porque essa é a segunda vez que estou vindo aqui. Eu não posso ‘tá’ vindo aqui direto. Até porque a questão do deslocamento, gastos. [...] principalmente eu que moro a quase 400 km de distância, se deslocar. Não é fácil ‘está’ vindo pra cá pra ver meu filho. (E7)

Algumas famílias referiram que não conseguem exercer por completo o papel parental, pois dependiam da “liberação ou não” dos profissionais de saúde para cuidar do seu próprio filho, predominando relações de poder da equipe sobre a família que prejudicam o cuidado compartilhado. Isso pode ser verificado nas seguintes falas:

Pra mim, é mais ou menos, porque é assim, tem coisas que eles não deixam a gente fazer, tem coisas que pode. (E6)

Não, é porque é assim, toda vez que tem que pegar tem que pedir, aí pra pegar ele, tem que pegar tipo assim, agora tomou banho, aí elas: “Deixa ele quietinho que tomou banho, sabe”. (E8)

O uso da “tecnologia dura” associado à falta de informação sobre o seu funcionamento conseguem “neutralizar” as famílias no ambiente neonatal, algo também referenciado pelo cuidado transcultural, segundo o qual os fatores tecnológicos influenciam o cuidado de maneira negativa, quando há uma valorização deste, desintegrado de uma postura educativa que permita o envolvimento dos familiares no cuidado compartilhado.

A gente vai, só faz um carinhozinho mesmo, e tira a conversar e tirar leite, porque até então, a gente não pode pegar dali [da incubadora] por causa daqueles negócios, né, os aparelhos. (E9)

Foi constatado que, quando os profissionais de saúde não conseguem ajudar a família a vivenciar a experiência da hospitalização de modo menos traumático, mediante um bom acolhimento e comunicação efetiva, isso gera nos familiares sentimentos negativos em relação ao atendimento executado pelos profissionais e os deixa distantes do cuidado ao filho. Mais uma vez, emergem os fatores educacionais, podendo interferir no cuidado, como relatado a seguir:

Mas, elas [equipe de enfermagem] não escutam o que a gente fala de jeito nenhum. [...] Eles tratam a gente muito mal. Não é bom, isso não é bom pra gente. Não passar uma segurança boa pra gente. (E6)

Infelizmente ainda, só posso tocar nele malmente ainda, porque elas [profissionais de saúde] falaram pra mim pra nem ter esse contato. (E14)

Outro aspecto relatado por alguns familiares e que mostra uma visão reducionista da dimensão e da importância do cuidado

familiar, é que, conforme eles presenciavam a atenção dispensada ao RN, ao mesmo tempo em que estão excluídos desse cuidado, qualquer melhora da criança é atribuída às ações exclusivas da equipe, ficando a família apenas como expectadora. Essa situação foi observada e registrada em diário de campo:

Mas, pegar assim, de vez em quando. Botar no colo pra sentir, mais, mais nada. Que é só olhar, né, os médicos cuidando, com aquele carinho, dedicação. (E16)

É muito delicado [...]. Nem tanto pra nós mãe, porque a gente só vem mesmo amamentar [ordenhar]. É mais delicado quem tá cuidando mesmo, os enfermeiros, os técnicos. (E13)

Por outro lado, quando ocorriam diálogo e comunicação efetiva entre alguns profissionais de saúde e a família no processo do cuidado, isso permitia a formação do vínculo e da confiança entre ambos e, conseqüentemente, o sucesso do cuidado compartilhado.

DISCUSSÃO

A família deve ser reconhecida pelos profissionais de saúde como unidade básica do cuidado cultural que inclui valores, crenças e modos de vida padronizados e apreendidos⁽¹³⁾, oferecido ao prematuro durante todo o processo de hospitalização, sendo considerada, assim, como um agente minimizador do sofrimento do neonato. Para isso, é necessária mudança de paradigma: deixa-se de centrar a assistência no fenômeno da doença para focalizar o paciente e sua família, objetivando a humanização do atendimento, preparando os familiares para a alta hospitalar⁽²⁴⁻²⁵⁾.

O cuidado da família envolve ações ambientais e biopsicossociais que oportunizam uma atenção integral, contribui para formação do vínculo entre RN e família, proporciona o desenvolvimento físico e emocional do bebê, melhorando o tratamento clínico e diminuindo o tempo de internação e reinternações⁽²⁶⁾.

Ao analisar os dados, foi possível verificar que — nas práticas de cuidado executadas pelas famílias que vivenciam a hospitalização de um filho prematuro na UTIN, na perspectiva do cuidado transcultural — os momentos em que a família se sente acolhida e preparada para participar do cuidado ao RN têm relação com a receptividade promovida pela equipe de enfermagem, ao orientar sobre as rotinas da unidade bem como favorecer um relacionamento interpessoal e aquisição de um vínculo. Porém, há outros momentos nos quais se percebe que a equipe exclui a família desse processo, sem envolver os membros no cuidado, na participação do planejamento e nas tomadas de decisão. Essa atitude priva a equipe de obter consciência acerca do seu papel no processo cuidativo, muitas vezes associado à complexidade do cuidado ao RN prematuro extremo, devido ao uso de alta tecnologia ou à gravidade do diagnóstico.

Durante a observação em campo, percebeu-se que parte dos cuidados delegados à família são aqueles tidos como pertinentes pelos profissionais e envolvem, na maioria das vezes, ações de higiene e alimentação, desconsiderando a importância da construção do plano terapêutico compartilhado entre equipe e familiares. São medidas vinculadas às políticas de saúde numa perspectiva tecnicista: incentivam cuidados restritos e específicos, buscam atender a normas, rotinas e protocolos desatualizados, sem valorizar as necessidades e conhecimento prévio da família⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Estudo recente informa que permitir a família colocar o RN na posição canguru desde a primeira semana de vida, estando este em ventilação mecânica ou não, fortalece o vínculo e a autonomia dela para cuidar da criança; e impedir que a mãe exerça ações relacionadas ao papel materno gera sentimentos de perda da função materna⁽²⁹⁾. Então, é preciso introduzir, desde o início da hospitalização, a família na assistência, independentemente das condições clínicas da criança, utilizando cautela e bom senso por parte dos profissionais.

Dessa maneira, o cuidado realizado pelos profissionais de saúde encontra-se distante do preconizado por Leininger⁽¹³⁾, pois o foco ainda está centrado na doença e no RN. Isso revela que é preciso avançar para incluir a família como unidade de cuidado, considerando sua cultura e necessidades de cuidado de cada pessoa⁽¹⁷⁾. Para modificar essa realidade, é necessário sensibilizar, instrumentalizar e manter a equipe atualizada, a fim de que ela reconheça a família como uma unidade complexa e que precisa se fortalecer para poder cuidar desse novo membro, sendo respeitada e prestando um cuidado que seja significativo.

Para implantar um cuidado culturalmente congruente, conforme propõe Leininger, a estratégia do CCF ajudará aos profissionais de saúde tanto a refletirem sobre um cuidado compartilhado entre equipe/paciente/família quanto a criarem protocolos bem como novas normas e rotinas mais flexíveis dentro da UTIN. Nesse sentido, é importante o treinamento de práticas assistenciais atualizadas, demonstração de manuais de boas práticas e educação permanente para a equipe, com objetivo de melhorar e qualificar a assistência prestada no ambiente neonatal⁽³⁰⁾.

Assim, os profissionais de saúde poderão ajudar a família no enfrentamento dessa situação por meio do acolhimento e da comunicação efetiva, os quais são princípios que regem o CCF. Proporcionarão conforto e segurança no ambiente hospitalar, que é considerado estranho e hostil, gerarão vínculo com a equipe, amenizarão o sofrimento vivenciado pelas famílias, na perspectiva da integralidade e reciprocidade do cuidado ao RN no processo de saúde-doença, melhorando a assistência prestada⁽³¹⁻³²⁾. Quando a comunicação é falha, cada profissional traz apenas o que compete à sua linha de cuidado, tornando-o fragmentado e comprometendo o resultado final⁽³³⁾.

Ainda, ressalta-se a existência de aspectos que dificultam a permanência dos pais na unidade neonatal, como questões relacionadas ao trabalho, local de domicílio, situação financeira e responsabilidade sobre outros filhos. Chamou atenção a baixa participação paterna nos cuidados ao prematuro durante a hospitalização, por causa do retorno do pai às atividades laborais após cinco dias úteis do nascimento. Dessa maneira, é necessário ampliar as formas de suporte social da instituição para com as famílias, como a construção de grupos de apoio, socialização das informações sobre os serviços hospitalares, bem como acompanhamento pós-alta hospitalar⁽³⁴⁾.

Limitações do estudo

Entende-se como limitação dessa pesquisa a eleição de uma única instituição com familiares de prematuros, o que retrata uma realidade local, sendo, portanto, necessária a investigação em diferentes cenários, os quais podem apontar outras práticas.

Além disso, pode-se citar o número reduzido de participantes do sexo masculino no estudo, pois, no contexto da hospitalização, o pai retorna às atividades laborais, enquanto sua companheira necessita estar presente na unidade neonatal.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Este estudo oferece contribuições para a prática da enfermagem, na medida em que proporciona a reflexão dos profissionais quanto à promoção de um cuidado compartilhado envolvendo a família na assistência prestada ao prematuro na UTIN, para vencer a vertente ideológica dominante nesse cenário de cuidado. Ademais, o presente trabalho leva os enfermeiros a repensarem suas práticas, a fim de modificá-las com o objetivo de inserir a família como sujeito ativo no processo de cuidado do prematuro, oferecendo uma assistência mais segura e humanizada, preparando-a para a alta e aproximando-se do que Leininger propõe como cuidado congruente.

CONCLUSÃO

Foi observado que os cuidados realizados pelos familiares eram efetivados quando solicitados pela equipe e não sistematizados

no planejamento, desvelando uma política de cuidado que mantém a mãe como sujeito passivo do processo e os profissionais como os detentores do poder. Além disso, estes adotam ações verticalizadas e prescritivas, visando à demanda e à necessidade da instituição, sem valorização da autonomia e necessidades de cada família. Entretanto, também percebeu-se a existência de ações isoladas que inseriam a família no cuidado, tentando adequar modos de cuidado dentro das condições permitidas e respeitando os preceitos científicos.

Diante do objetivo deste estudo, deve-se enfatizar que a teoria transcultural de Leininger pode ser aplicada pelos enfermeiros para contribuir na prestação da assistência aos familiares de recém-nascidos prematuros internados na UTIN. Também, os resultados reforçam a necessidade de implantação do Cuidado Centrado na Família na UTI neonatal, para que, assim, os profissionais de saúde envolvam a família no contexto do cuidado compartilhado.

FOMENTO

Esta é uma pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), edital 003/2017, por meio de Bolsa de Mestrado.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH, Corrêa DAM. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):46-53. doi: 10.1590/S1414-81452013000100007
2. Maia JMA, Silva LB, Ferrari EAS. A relação da família com crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem. *Rev Enferm Contemp*. 2014;3(2):154-64. doi: 10.17267/2317-3378rec.v3i2.336
3. Santana JO, Borges KI, Souza DA, Pinto KRFT, Rossetto EG, Zani AV. Paternal care for hospitalized premature children: maternal representations. *Rev Baiana Enferm*. 2017;31(4):e22310. doi: 10.18471/rbe.v31i4.22310
4. Lelis BDB, Sousa MI, Mello DF, Wernet M, Velozo ABF, Leite AM. Acolhimento materno no contexto da prematuridade. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2018 [cited 2019 Sep 20];12(6):1563-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230763/29182>
5. Balbino FS, Meschini GFG, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(1):84-92. doi: 10.5902/2179769216340
6. Zanolim LC, Cerchiari EAN, Ganassin FMH. Dificuldades Vivenciadas pelas Mães na Hospitalização de seus Bebês em Unidades Neonatais. *Psicol: Ciênc Prof*. 2018;38(1):25-35. doi: 10.1590/1982-3703000292017
7. Pacheco STA, Rodrigues BMRD, Dionísio MCR, Machado ACC, Coutinho KAA, Gomes APR. Family-centered care: nursing application in the context of the hospitalized child. *Rev Enferm UERJ [Internet]*. 2013 [cited 2019 Aug 27];21(1):106-12. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6443/5902>
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2017 [cited 2019 Sep 06]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
9. Barbosa MAM, Balieiro MMFG, Pettengill MAM. Family-centered care in the context of children with disabilities and their families: a reflective review]. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(1):194-9. doi: 10.1590/S0104-07072012000100022
10. Sampaio AA, Zonta JB, Ferreira FY, Okido ACC. Family-centered care in a pediatric intensive care unit: professionals' perceptions. *Rev Rene*. 2017;18(4):515-20. doi: 10.15253/2175-6783.2017000400013
11. Sousa FCP, Montenegro LC, Gouveia VR, Corrêa AR, Rocha PK, Manzo BF. Family participation in patient safety in neonatal units from the nursing perspective. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e1180016. doi: 10.1590/0104-07072017001180016
12. Lee LA, Carter M, Stevenson SB, Harrison HA. Improving family-centered care practices in the NICU. *Neonatal Netw*. 2014;33(3):125-32. doi: 10.1891/0730-0832.33.3.125
13. Leininger MM. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*.

2002;13(3):189-192. doi: 10.1177/10459602013003005

14. Henckemaier L, Siewert JS, Tonnera LCJ, Alvarez AM, Meirelles BHS, Nitschke RG. Cuidado transcultural de Leininger na perspectiva dos programas de pós-graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Rev Ciênc Saúde*. 2014;7(2):85-91. doi: 10.15448/1983-652X.2014.2.15772
15. Seima MD, Michel T, Méier MJ, Wall ML, Lenardt MH. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 – 2011. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):851-857. doi: 10.1590/S1414-81452011000400027
16. Betioli SE, Neu DKM, Meier MJ, Wall M L, Lenardt M H. Decisões e ações de cuidado em enfermagem alicerçadas em Madeleine Leininger. *Cogitare Enferm*. 2013;4(18):775-81. doi: 10.5380/ce.v18i4.34936
17. Morais AC, Camargo CL. O cuidado às crianças quilombolas no domicílio: um estudo transcultural. Rio de Janeiro: Bonecker; 2017. 177p.
18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care [Internet]*. 2007 [cited 2019 Aug 27];19(6):349-57. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
19. Pereira Neto EF, Ramos MZ;Silveira EMC. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2016;26(3):961-979. doi: 10.1590/s0103-73312016000300013
20. Bardin, L. Organização da análise. São Paulo: Edições 70;2011. 279p.
21. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do Software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Laboratório de Psicologia Social de Comunicação e Cognição – UFSC [Internet]. 2018[cited 2019 Aug 12]. Available from: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
22. Tomicic A, Bernardi F. Between past and present: the sociopsychological constructs of colonialism, coloniality and postcolonialism. *Integr Psych Behav [Internet]*. 2018 [cited 2019 Jun 06];52(1):152-75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29063442>
23. Salvador PTCO, Vítor AF, Ferreira Jr MA, Fernandes MID, Santos VEP. Systematization of teaching nursing care at a technical level: perception of professors. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(5):525-33. doi: 10.1590/1982-0194201600073
24. Leite CPL, Souza SNDH, Rossetto EG, Pegoraro LGO, Jacinto VCB. The baby's diary to the premature infant's mother: supporting family-centered care. *Rev Enferm UERJ*. 2016;24(1):e8664. doi: 10.12957/reuerj.2016.8664
25. Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016;24:e2753. doi: 10.1590/1518-8345.0710.2753
26. Araújo BBM, Rodrigues BMRD, Pacheco ST. Promoting mothers' care for premature neonates: the perspective of problem-based education in health. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(1):128-31. doi: 10.12957/reuerj.2015.14779
27. Araujo BBM, Pacheco STA, Rodrigues BMRD, Silva LF, Rodrigues BRD, Arantes PCC. The nursing social practice in the promotion of maternal care to the premature in the neonatal unit. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4):e2770017. doi: 10.1590/0104-07072018002770017
28. Farias DHR, Gomes GC, Almeida MF, Lerchlunardi V, Xavier DM, Queiroz MVO. Barreiras presentes no processo de construção do cuidado familiar cultural à criança no hospital: abordagem transcultural. *Aquichan*. 2019;19(1):e1912. doi: 10.5294/aqui.2019.19.1.2.
29. Kegler JJ, Neves ET, Silva AM, Jantsch LB, Bertoldo CS, Silva JH. Stress in parents of newborns in a Neonatal Intensive Care Unit. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1):e20180178. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0178
30. Silva TRG, Manzo BF, Fioreti FCCF, Silva PM. Family-centered care from the perspective of nurses in the Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Rene*. 2016;17(5):643-50. doi: 10.15253/2175-6783.2016000500009
31. Baylis R, Ewald U, Gradin M, Hedberg Nyqvist K, Rubertsson C, Thernström Blomqvist Y. First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. *Acta Paediatr*. 2014;103(10):1045-52. doi: 10.1111/apa.12719
32. Rodrigues BC, Uema RTB, Rissi GP, Felipin LCS, Higarashi IH. Family centered care and practice in the neonatal intensive care unit. *Rev Rene* . 2019;20(1):e39767. doi:10.15235/2175-6783.20192039767
33. Dudley N, Ackerman A, Brown KM, Snow SK. Patient-and family-centered care of children in the Emergency Department. *Pediatrics*. 2015;135(1):e255-72. doi: 10.1542/peds.2014-3424
34. Raffray M, Semenic S, Osorio Galeano S, Ochoa Marín SC. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit: perceptions of health care providers. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(3):379-92. doi: 10.17533/udea.iee.v32n3a03