

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ  
FACENE - RN

ANA GABRIELA DE MEDEIROS DANTAS

**MÃES EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL:  
PERCEPÇÃO SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO ENQUANTO ELEMENTO  
TERAPÊUTICO**

MOSSORÓ  
2010

ANA GABRIELA DE MEDEIROS DANTAS

**MÃES EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL:  
PERCEPÇÃO SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO ENQUANTO ELEMENTO  
TERAPÊUTICO**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Ana Cristina Arrais  
CO ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Ivone Ferreira Borges

MOSSORÓ  
2010

ANA GABRIELA DE MEDEIROS DANTAS

**MÃES EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL:  
PERCEPÇÃO SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO ENQUANTO ELEMENTO  
TERAPÊUTICO**

Monografia apresentada pela aluna Ana Gabriela de Medeiros Dantas, do Curso de Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Esp. Ana Cristina Arrais - Orientadora**  
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE-RN)

---

**Prof<sup>ª</sup>. Ms. Ivone Ferreira Borges - CO Orientadora**  
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE-RN)

---

**Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves - Membro**  
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE-RN)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
3.1 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA.....	17
3.2 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA DE UMA UTI-N.....	20
<b>4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>23</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2 LOCAL DE PESQUISA.....	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	24
4.6 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DE DADOS.....	25
4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO.....	25
4.8 FINANCIAMENTO.....	26
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>27</b>
5.1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	27
<b>5.1.1. Dados Maternos.....</b>	<b>27</b>
<b>5.1.2. Dados Relacionados ao Tabagismo e Etilismo Quanto ao Uso de Drogas das Mães Entrevistadas.....</b>	<b>28</b>
<b>5.1.3 Dados Relacionados a Realização e ao Número de Consultas Pré-Natais das Mães Entrevistadas.....</b>	<b>28</b>
<b>5.1.4 Dados Relacionados ao Número e Tipos de Complicação Durante a Gravidez das Mães Entrevistadas.....</b>	<b>30</b>
5.2 OS ASPECTOS CATALOGADOS AOS SENTIMENTOS DAS MÃES QUE ESTÃO COM BEBÊS HOPITALIZADOS NA UTI NEONATAL.....	31
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>51</b>

## DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus pela força nessa longa caminhada que me foi concedida para superar os mais diversos obstáculos, pois, sem ele, nada seria possível. Aos meus pais, por todo o amor e dedicação para comigo, por terem sido peças fundamentais para que eu tenha me tornado a pessoa que hoje sou. Em especial, ao meu PAI, José Dantas Neto (in memoriam), que, antes mesmo de começar a minha jornada no curso, sempre me dizia que eu iria conseguir realizar o meu sonho e, graças a Deus, consegui. Ele pode não estar de corpo presente no meu dia a dia, mas estará para sempre em meu coração. A minha família, pelo carinho e apoio dispensados em todos os momentos de que precisei.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que esteve comigo, iluminando sempre o meu caminho e esteve em toda a caminhada, dando força, tranquilidade, coragem e ânimo necessário para prosseguir com firmeza em busca dos meus ideais, oferecendo refúgio e paciência quando preciso, segurando sempre minha mão nos meus momentos mais difíceis, e por ter me concedido alcançar este sonho. É com imensa gratidão que venho, Deus, agradecer por mais esta conquista em minha vida: hoje estou formada! Senhor Deus, continue comigo nesta nova fase da minha vida, pois hoje o que chega ao fim é apenas uma etapa, que serve como primeiro passo de outra nova e grande caminhada;

Ao meu Pai, José Dantas Neto (in memoriam), que em todos os momentos da minha vida sinto sua presença tão intensamente, como se você nunca tivesse partido, para ficar com Deus, pois sigo, PAI, o seu exemplo de vida de uma pessoa honesta, verdadeira, com princípios de fé e temente a Deus. Você foi o melhor PAI do mundo, tenho muito orgulho de ser sua filha. Obrigada pelo exemplo de força, coragem, amor e determinação que, com certeza, me acompanharão em toda trajetória profissional. Obrigada pelos princípios de respeito, solidariedade, honestidade e responsabilidade que certamente guiarão minha existência. A expressão deste agradecimento não é capaz de alcançar toda a gratidão pelo amor e carinho;

A minha mãe Dóris Vânia, por ser tão dedicada e amiga, por ser a pessoa que mais me apoia e acredita na minha capacidade, meu agradecimento pelas horas em que ficou ao meu lado não me deixando desistir e me mostrando que sou capaz de chegar aonde desejo, sem dúvida foi quem me deu o maior incentivo para conseguir concluir este trabalho. Obrigada pelos sacrifícios e renúncias em favor de me oferecer o melhor de suas possibilidades;

Aos meus avós, que estavam sempre torcendo e pedindo a Deus para que meus objetivos fossem alcançados. Aprendi com eles que muitas vezes um gesto marca mais que muitas palavras. Por todo o amor que me dedicaram, meu eterno amor e agradecimento;

Ao meu irmão Pablo, que mesmo longe, soube estar presente, dando-me seu apoio para a conquista deste sonho;

A minha irmã Paloma e meu sobrinho Lucas, pelo carinho e amor incondicional;

A minha família, tios e primos, muito obrigada a todos por terem me dado forças nesta caminhada e fazerem parte deste sonho comigo, sempre me orientando e mostrando o que há de mais importante a ser alcançado, ensinando-me a vencer e a superar os obstáculos do dia a dia com simplicidade honestidade e perseverança;

Ao meu namorado Diego Veloso, com quem vivenciei parte da minha trajetória, obrigada pela força, incentivo, convívio, experiência, amizade, amor, enfim, tantos momentos compartilhados que ficarão para sempre em meu coração. Seu exemplo de força, vontade e dedicação devem ser seguidos. Amo Você;

A minha sogra Vasty, pelo apoio e carinho nos momentos difíceis, de suma importância

para eu conseguir superar todas as dificuldades;

Aos meus professores, pelo carinho, compreensão e pela forma extraordinária de me conduzirem a esta vitória, orientando-me nesta caminhada, em busca de mais um sonho realizado;

A minha orientadora, Ana Cristina Arrais, que soube ser mestra e, acima de tudo, quero expressar o meu maior agradecimento e o meu profundo respeito;

A minha co-orientadora, Ivone Borges, que foi de suma importância para essa pesquisa, pelo auxílio, dedicação, empenho e paciência;

Ao meu professor Thiago Enggle que faz da minha banca examinadora, contribuindo e apontando caminhos a seguir na construção deste trabalho; pelos pertinentes comentários tecidos a respeito deste estudo.

A todos os professores do curso de Enfermagem da FACENE- RN, pela paciência, dedicação e ensinamentos disponibilizados nas aulas, cada um de forma especial contribuindo para a conclusão desse trabalho e conseqüentemente para minha formação profissional;

A todas as minhas amigas que me acompanharam durante esses 4 anos de Faculdade, em especial (Catharina, Camila, Jéssica, Tereza, Tamara, Renata e Vívian), grata pela amizade em todos os momentos, pelo incentivo no decorrer do curso, que me apoiaram nos meus momentos difíceis, pelo carinho, paciência, dedicação, pela mão sempre estendida;

A todos os colegas de turma, pelas risadas, pelas conversas, pela bagunça, nunca esquecerei, tudo valeu a pena;

Às mães, que mesmo vivenciando um momento difícil, colaboraram. Obrigada, pois sem vocês não seria possível a realização dessa pesquisa;

À FACENE/RN, à da direção, coordenação, corpo docente e funcionários, pelo incentivo e apoio recebido durante o curso, por toda a preocupação em me tornar uma excelente profissional;

Por fim, gostaria de agradecer aos meus amigos e familiares, pelo carinho e pela compreensão nos momentos em que a dedicação aos estudos foi exclusiva, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado, meu eterno AGRADECIMENTO.

“Nada é meramente casual, nada nessa vida é coincidência, tudo o que acontece tem a mão de Deus, tudo o que acontece é providência. Por isso não se deixe desanimar, pois a tua história está nas mãos daquele que te ama” **(Eliana Ribeiro)**.



## RESUMO

**DANTAS**, Ana Gabriela de Medeiros. Mães em Unidade Terapia Intensiva Neonatal: Percepção sobre sua Participação Enquanto Elemento Terapêutico. 2010. Monografia (Graduação em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Mossoró-RN.

O nascimento de um filho significa a idealização de um encontro marcado por muitas expectativas e mudanças na vida das mães. A gestante, que esperava ansiosamente a chegada de seu filho, para assim poder conhecê-lo, envolveu-se em sonhos, medos e desejos e que agora se torna mãe e responsável por um pequeno ser que carregou em seu útero. O encontro da mãe com seu RN na UTI - N, desperta preocupação, medo, culpa e ansiedade, além de desconfiança, pois este se encontra aos cuidados de outras pessoas, dentro de uma realidade desconhecida e inesperada. Considerando estas questões, este trabalho teve como objetivo geral: analisar a percepção das mães sobre a internação de seus filhos em uma UTI - N e, como objetivos específicos: investigar como as mães entendem a sua participação na UTI - N; conhecer os principais sentimentos das mães do RN em uma UTI - N e descrever a vivência das mães na UTI - N. O estudo é do tipo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, realizada na Maternidade Almeida Castro, em Mossoró, no mês de setembro de 2010, a coleta de dados foi através de um roteiro de entrevistas contendo questões objetivas e subjetivas. A organização e análise dos dados foram realizadas seguindo aos passos da análise do discurso do sujeito coletivo, proposta por Lefréve e Lefréve (2000). Após analisadas as falas, apresentaram as seguintes ideias centrais: a presença da mãe é super importante para a recuperação do RN, sentimento de tranquilidade, medo de fazer mal, sentimento de tristeza, estressante, medo da possível morte e insegurança, os profissionais transmitem segurança, outros deles não demonstram interesses, não passam segurança. O apoio da família é essencial para o desenvolvimento saudável de uma criança. A participação da mãe na assistência de sua saúde conduz a redução do estresse provocado pela internação, a diminuição da permanência hospitalar e a contribuição para resposta terapêutica. Contudo o papel dos profissionais de saúde é essencial e deve ser desempenhado com sensibilidade suficiente para perceber os sentimentos das mães e suas atitudes ao ver e se aproximar do RN na UTI-N, proporcionando a esta, condição de cuidar de seu filho, sentir-se satisfeita e capaz de perceber a reação prazerosa do seu RN quando cuida e toca. Conclui-se, portanto, que, quando a mãe transmite tranquilidade, amor, segurança também favorece a recuperação do RN e isto só poderá acontecer se a mesma tiver seus anseios superados.

**Palavras – chaves:** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Recém-Nascido, Relação Mãe/Filho.

## ABSTRACT

**DANTAS;** Ana Gabriela de Medeiros. Mothers in Neonatal Intensive Care Unit: Perceptions About Their Participation as a Means of Therapeutic. 2010. .Monography (Nursing Graduation), Faculdade De Enfermagem Nova Esperança, Mossoró- RN.

The birth of a child means the idealization of a meeting marked by high expectations and changes in the lives of mothers. The patient, who was anxiously awaiting the arrival of their son, so they can know him, he became involved in dreams, fears and desires and that now becomes a mother and responsible for a small being who carried within her womb. The meeting of the mother with her newborn ICU - N, raises concern, fear, guilt and anxiety, and mistrust, because this is the care of others, into a reality unknown and unexpected. Considering these issues, this paper aims: to analyze the perception of mothers about their children's hospitalization in an ICU - N, and specific objectives: to investigate how mothers understand their participation in the ICU - N; feelings about the main Mothers of newborns in ICU - N and describe the experience of mothers in the ICU - N. The study is descriptive and exploratory qualitative approach, carried out in the Maternity Almeida Castro, in Mossoró, in September 2010, the data collection was through an interview protocol containing objective and subjective questions. The organization and analysis were conducted according to the steps of discourse analysis of the collective subject, proposed by Lefevre and Lefevre (2000). After analyzing the statements, presented the following core ideas: the mother's presence is very important for the recovery of the newborn, a feeling of tranquility, fear of doing wrong, feeling sad, stressful, fear of possible death and insecurity, safety professionals convey , others do not show their interests, they fail safety. Family support is essential for the healthy development of a child. The mother's participation in the care of their health leads to reduced stress due to hospitalization, decreased hospital stay and contribute to therapeutic response. However the role of health professionals is essential and must be played with enough sensitivity to understand the feelings of mothers and their attitudes and approach to see the newborn ICU-N, giving it a condition of taking care of his son, feeling are satisfied and able to see the reaction of his pleasure when RN care and ring. It follows therefore that when a mother transmits tranquility, love, security also favors the recovery of the newborn and this can only happen if it has exceeded their expectations.

**Words - keys:** Neonatal Intensive Care Unit, Newborn, relationships mother-child.

## LISTA DE QUADROS

- QUADRO 01** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes, em resposta à pergunta: Como você ver sua participação na assistência do seu RN? Você percebe alguma mudança? ..... 29
- QUADRO 02** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes, em resposta à pergunta: Qual a sua maior dificuldade dentro da UTI- N? O que mais a incomoda.....32
- QUADRO 03** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes, em resposta à pergunta: O que você sente em ver seu filho na UTI- N?.....33
- QUADRO 04** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes, em resposta à pergunta: Como você ver a enfermagem na interação do seu filho?.....34

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 01</b> - Dados de identificação das mães entrevistadas.....	26
<b>TABELA 02</b> - Dados relacionados ao tabagismo e o etilismo.....	27
<b>TABELA 03</b> - Dados relacionados se fazem uso de alguma droga.....	27
<b>TABELA 04</b> - Dados relacionados se realizou o pré- natal.....	27
<b>TABELA 05</b> - Dados relacionados ao número de consultas.....	28
<b>TABELA 06</b> - Números e tipos de complicações durante a gravidez.....	29

## 1 INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho significa a idealização de um encontro marcado por muitas expectativas e mudanças na vida das mães. A gestante, que esperava ansiosamente a chegada de seu filho, para assim poder conhecê-lo, envolveu-se em sonhos, medos e desejos e que agora se torna mãe e responsável por um pequeno ser que carregou em seu útero.

O bebê quando nasce antes do previsto, já demonstra que algo não ocorreu como o esperado e isso pode trazer um impacto negativo para vida da puérpera que terá que ser separada do seu filho. O laço afetivo e único, que é vivenciado pelo binômio mãe/filho, muitas vezes é frustrante, quando tudo que almejou não aconteceu como gostaria.

Um exemplo que pode ser citado é o fato de que logo que o bebê nasce a mãe quer colocá-lo em seu colo para sentir seu cheiro e aconchego, automaticamente o RN tem o instinto de querer sugar o seio materno e a mãe de querer amamentar seu filho, porém, por ser prematuro, ainda não está pronto para o instinto de sugar, e o que para a mãe poderia ser um momento mágico torna-se traumático pela separação (ORDAHI, 2004).

Diante disso o surgimento da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N) visa garantir a sobrevivência dos Recém-Nascidos (RN's) prematuros, contando com equipamentos tecnológicos e profissionais capacitados para assistência intensiva, a fim de zelar pelo bem estar do recém-nascido em todo seu aspecto. Apesar de saber que esse recém-nascido será bem assistido, a grande preocupação da UTI-N é o fato de ocorrer a separação do binômio mãe/filho, e todas as expectativas que foram almeçadas pelas mães, se perderam em meio à culpa e frustrações (CUNHA, 2004).

De acordo com Braden (2000) pesquisas evidenciam que o comportamento de apego desenvolve-se desde a vida intra-uterina e que é fundamental o contato mãe e filho nos momentos iniciais da vida pós-natal.

Para Reichert et al, (2007), o ambiente terapêutico de UTI-N diferencia-se bastante do ambiente uterino, pelo fato de não possuir características adequadas como aconchego, temperatura agradável, sons filtrados e diminuídos, sendo assim, o útero, o lugar ideal para o crescimento fetal.

Dentro de uma UTI-N precisa haver uma influência mútua entre os profissionais da equipe de saúde e destes com a família dos pacientes, propiciando uma UTI-N

humanizada, onde o RN ganhará todo o cuidado e carinho da equipe e dos seus genitores.

Os profissionais de saúde, de forma geral, sabem que os familiares e as pessoas efetivamente significativas têm um papel fundamental no decorrer do processo de internação hospitalar do paciente. Essa importância assume maiores dimensões quando se trata de uma internação em UTI-N. A família deve ser compreendida como um aliado importante da equipe, podendo atuar como um recurso por meio do qual a clientela pode reafirmar e, muitas vezes, recuperar sua confiança no tratamento, de forma a investir nas suas possibilidades de recuperação.

Assim, podemos perceber o quanto é importante o papel do profissional de enfermagem para estimular a interação das mães com os RN's internados em UTI-N, pois elas ficam inseguras em relação ao estado de saúde de seu filho e até com receio de tocar é acariciar o bebê dentro da incubadora ou de pegá-lo no colo, com medo de fazer mal ao seu filho. O toque e o contato humano imediato são vitais para o recém nascidos, além de favorecer a interação entre mães e filhos.

Fica evidenciado que o papel dos profissionais de saúde é essencial, e deve ser desempenhado com sensibilidade suficiente para perceber os sentimentos das mães e suas atitudes ao ver e se aproximar do RN na UTI-N, proporcionando a estes, condições de cuidar de seu filho, se sentirem satisfeitas e capazes de perceber a reação prazerosa do seu bebê quando cuidam e tocam.

O Ministério da Saúde lançou diretrizes que norteiam a equipe para facilitar a formação dos vínculos afetivos e duradouros entre mães e RN's de risco. Dentre elas destacam-se: o direito das mães terem um profissional para prover qualquer conhecimento sobre o seu filho que está internado, principalmente, na primeira visita; o livre acesso das mães à UTI-N; estimular as mães a aproximar-se e afagar os seus filhos; contornar o espaço da UTI-N acolhedor aos próprios; aceitar que compartilhem junto com a equipe sobre os cuidados de seus bebês; ouvir atentamente o que têm a proferir; explicar as imprecisões que possam incluir (BRASIL, 2000).

Tomando como referência uma breve experiência no Alojamento Conjunto e na Unidade Terapia Intensiva Neonatal, durante o estágio da disciplina de Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia, no sexto período de graduação, tive a oportunidade de ver mães aflitas ao se deparar com os seus filhos prematuros. Elas ficavam muito ansiosas, inseguras, sentindo-se impossibilitadas de cuidar e tocar no seu filho, além disso, pude observar a pouca interação dos profissionais de saúde diante dos sentimentos das mães.

Frente às considerações feitas até então, tenho como problemática: Qual a percepção das mães ao ver seu filho na Unidade Terapia Intensiva Neonatal?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a percepção das mães sobre a internação de seus filhos em uma UTI Neonatal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar como as mães entendem a sua participação na UTI Neonatal;
- Conhecer os principais sentimentos das mães do RN em uma UTI Neonatal;
- Descrever a vivência das mães na UTI Neonatal.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA

Conforme Raad et al (2006) a família é considerada por muitos autores como instituição responsável pelo apoio físico, emocional e social de seus membros especialmente dos elementos mais jovens. O apoio familiar é fundamental para que a criança tenha um desenvolvimento saudável, pois estudos comprovam que a aproximação do RN ao seu meio familiar, amplia suas habilidades natas de respostas e integração. Com o nascimento do bebê antes da época esperada, desperta-se na mãe sentimentos de incompetência e frustração por não ter dado à luz ao filho sonhado, podendo alterar o funcionamento familiar e até mesmo nos relacionamentos pessoais .

Após o nascimento, o neonato necessita estar em contato contínuo com sua mãe, para comunicar-se, satisfazer-se e explorar o novo mundo. Esta troca de sentimentos tem um significado fundamental para o desenvolvimento emocional e afetivo da mãe e do bebê; para ele o estímulo tátil mais importante é o toque humano, em especial o de sua mãe. O toque e o contato humano imediato são vitais para o RN, além de favorecer a interação do bebê com as mães (SCHMITZ, et al, 2005).

Em vários estudos tem sido explorada a participação das mães na assistência a saúde da criança, influenciando na redução do estresse causado pela internação, na diminuição do tempo de permanência hospitalar e a contribuição para a resposta terapêutica (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Ainda na mesma linha de pensamento dos autores acima, conclui-se que a importância da presença das mães na UTI Neonatal e da participação delas nos cuidados ao filho hospitalizado, não só é apenas para o estabelecimento do vínculo afetivo, mas ainda para diminuir o estresse advindo da hospitalização e no preparo para o cuidado à saúde na residência.

Badinter (1985), afirma que a insegurança de não poder pegar o recém-nascido no colo, aproximá-lo e embalá-lo é bastante forte. Inúmeras mães têm receio de aproximar-se e de afagar o seu recém-nascido dentro da incubadora ou de colocá-lo no colo, quando isso é possível. Surgindo assim, o receio de cometer o mal ao seu bebê. O contato afetivo é essencial para o recém nascidos, além de beneficiar a interação do recém-nascido com suas mães.

Pesquisas evidenciam em Gomes (2004), que o comportamento de afeto

desenvolve-se desde a vida intra-uterina do recém-nascido e que é muito importante a participação das mães com seus filhos nos primeiros momentos da vida pós-natal. A deficiência de chance das mães participarem diretamente com os seus filhos que estão internados na UTI-N pode trazer um prejuízo de afeto e originar confusões no relacionamento futuro entre eles. A qualidade dos cuidados que a criança recebe das mães é muito importante para o seu desenvolvimento futuro.

O temor quanto aos riscos de complicações, em especial as infecções, levava ao isolamento das crianças, restringindo inclusive o acesso das mães, que se tornaram “meros espectadores” através das vidraças. Porém, uma das conquistas importantes na assistência ao RN em UTI foi o reconhecimento legal da permanência da mãe e/ou responsável, através do Estatuto da Criança e Adolescente, publicado em 1990, Título II, Capítulo I, Art. 12, Parágrafo Único, onde se lê que: “Os estabelecimentos de atendimento a saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 1990).

Um exemplo de interação entre mãe- filho é a ciência do calor humano (Mãe Canguru) O método mãe-canguru é um tipo de assistência neonatal em que o RN de baixo peso é posto em contato pele a pele com a mãe, propiciando uma participação maior das mães no cuidado ao seu RN (BRASIL, 2002).

O método batizado de Mãe Canguru, nascido na Colômbia, onde em certa ocasião, devido à falta de incubadoras no berçário para uso individual, os neonatologistas convidaram as mães dos recém-nascidos prematuros a ficar na UTI-N e colocar o seu filho junto ao seu corpo, pele a pele, às 24h do dia, para então fornecessem o calor indispensável à conservação da temperatura corporal desses RN, da mesma forma que ajuda muito para a redução dos índices de infecção (BRASIL, 2002).

Pesquisas evidenciam em Tamez, 2002, o que a mãe pode fazer no momento mãe canguru é manter o bebê junto ao seu corpo, na altura do peito, envolvido por uma faixa de pano que o mantém quase grudado na sua pele. Com isso, o prematuro, que não consegue manter a temperatura do corpo sozinho, se mantém aquecido e pode gastar sua energia fazendo exclusivamente aquilo que não teve tempo de fazer dentro da barriga: crescer e se desenvolver.

Os médicos observaram que esses prematuros ganhavam peso mais rápido e apresentavam menos problemas, como bradicardia e apnéia, o bebê se acalma ouvindo os batimentos cardíacos maternos; o inflar e o desinflar dos pulmões da mãe regulam

sua respiração e a ligação entre mãe e filho se torna mais forte do que aquela criada quando o bebê está isolado numa incubadora 24 horas por dia, muitas vezes sem ser tocado por ninguém além dos profissionais do hospital (BRASIL, 2002).

O método mãe-canguru tem dois objetivos fundamentais: suprir a insuficiência de recursos maternos, onde a incubadora é substituída pela mãe e o RN pode então continuar seu crescimento junto ao seio materno, que lhe fornece calor, alimento e proteção contra as infecções hospitalares; evitar a separação prolongada entre a mãe e o RN, visto que o RN carregado pela mãe pode integrar-se à família, às vezes, desde o momento do seu nascimento (BRASIL, 2002).

De acordo com Sales et al (2006) é importante que os profissionais da UTI criem um bom envolvimento com a família, buscando facilitar sua participação no tratamento do paciente. Além disso, é necessária a reformulação de algumas rotinas, a respeito de horários de visita e tempo de permanência dos familiares junto ao paciente, atendendo na medida do possível, às necessidades do paciente, família e equipe.

Humanizar a assistência à saúde é conhecer as pessoas que procuram nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos. Humanizar é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, aumentando as possibilidades para que possa cumprir sua autonomia (FORTES E MARTINS ,2000).

Para que haja uma assistência humanizada é fundamental que a equipe de saúde tenha um preparo específico para lidar com situações emocionalmente conflitantes que não demonstre apenas conhecimentos técnico-científicos, mas também habilidade e sensibilidade ao lidar com situações de sobrecarga emocional (LAMEGO; DESLANDES, 2005).

### 3.2 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA DE UMA UTI-N

Conforme afirma Constenaro (2001) os profissionais de saúde, de forma geral, sabem que os familiares e as pessoas efetivamente significativas têm um papel fundamental no decorrer do processo de internação hospitalar do paciente. Essa importância assume maiores dimensões quando se trata de uma internação em Unidade Terapia Intensiva. A família deve ser compreendida como um aliado importante da equipe, podendo atuar como um recurso por meio do qual a clientela pode reafirmar e, muitas vezes, recuperar sua confiança no tratamento, de forma a investir nas suas possibilidades de recuperação.

A equipe de enfermagem dentro de uma UTI-N tem uma responsabilidade muito grande, pois o trabalho exige vigilância, respeito, habilidade e sensibilidade, uma vez que o paciente que vai ser acolhido não fala, são muito vulneráveis e altamente dependentes da equipe que lhe está proporcionando assistência. Vivendo períodos complexos que exigem dela ações, compaixão e pensamentos que, inúmeras vezes, superam suas possibilidades conhecidas, a família precisa de um enfermeiro competente, que lhe ampare a olhar esses períodos como possibilidade de desenvolver e de superar-se nas aptidões e nas virtudes humanas que lhe faltam (COSTENARO, 2001).

As mães precisam de um apoio da equipe de enfermagem para ajudar a entender o estado de saúde do seu filho, informar sobre os cuidados que ele está recebendo, os aparelhamentos mecânicos que os estão ao seu redor e esclarecimento realista do seu prognóstico. É formidável que a(o) enfermeira(o) prepare-os para a primeira visita ao berçário o mais precocemente possível, deve ser encorajado a ver, tocar, visitar e finalmente cuidar do seu bebê, isso faz com que diminua a ansiedade que muitas mães sentem por estarem longe dos seus bebês (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

De acordo com Gaíva e Scochi (2005), além da assistência que vai ser prestada ao Recém Nascido, existe também o relacionamento com os seus familiares. Pois no período Neonatal permaneceria fortalecendo o vínculo carinhoso entre a mãe e o filho. Contudo, quando a criança precisa ser dirigida para uma Unidade de Terapia Intensiva, logo após o nascimento, esta união fica prejudicada. Os profissionais devem orientar as mães no vínculo com seu filho durante a sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva.

Outra forma da enfermeira solicitar a participação das mães com o recém-nascido é autorizar o livre acesso de forma organizada das mães na UTI-N, compartilhando sempre que puder na proteção ao seu recém-nascido como na estimulação da sucção, troca de fraldas, acariciá-los dentre outras formas de estar participando no cuidado ao RN (REICHERT; COSTA, 2000).

As mães e a equipe de enfermagem sempre estiveram próximas, presenciando situações que demandam delas as ações, compaixão e pensamentos que inúmeras vezes superam suas possibilidades conhecidas. As mães necessitam de uma equipe altamente competente e humanizada que seja capaz de lhe ajudar nos momentos difíceis, como possibilidade de crescer e superar-se nas desenvolturas e virtudes humanas que lhe carecem para o enfrentamento da enfermidade do RN (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Reichert; Costa (2000) destacam que é imprescindível prestar-lhe uma assistência que não considere somente pontos biológicos, mas também que sejam atingidas de uma forma mais humanizada, fazendo com que o RN tenha contato afetivo com a equipe que o assiste e com as mães ainda que esteja na incubadora, pois foram feitas pesquisas que constatarem que as habilidades dos prematuros de ouvir, ver, cheirar e responder ao contato são muito boas. Eles respondem ao manejo, ao serem estimulados, e se mostram mais tranquilos quando alguém chega para conversar com ele.

Por isso é necessário que o enfermeiro tenha capacidade de avaliação da condição do RN a fim de orientar a mãe, o momento certo deste estímulo, para que o mesmo seja favorável, e não prejudicial ao desenvolvimento do bebê.

A afinidade da equipe de saúde com as mães nem sempre é fácil. A equipe sente-se deprimida pela aflição deles e pela gravidade da condição de alguns bebês, tem dificuldade em abranger certas mães que não visitam o filho, rotulando-os de 'rejeitadores' e tendem a despersonalizar e enfatizá-los. Muitas vezes, os profissionais sentem-se vigiados nos procedimentos que executam na unidade (FERRAZ; CHAVES, 1996).

Segundo Kenner (2001), é essencial que a (o) enfermeira (o) tenha a sensibilidade para detectar a ansiedade que as mães sentem de aproximar-se de seu bebê. E uma das maneiras que a enfermeira tem de garantir a interação com as mães-bebê-família é permitir o livre acesso delas à Unidade Neonatal. Cabe à (o)

enfermeira(o), organizar o ambiente, planejar e executar os cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade individualizada de cada criança, além de possibilitar à clientela partilhar a experiência com outras mães.

Uma das intenções da assistência do profissional de enfermagem está centrada na redução das agressões externas específicas do setor, tais como ruídos de equipamentos, manipulação excessiva e distanciamento do “meio familiar”, dificultando o vínculo materno e paterno com o bebê, fatores estes que, por causarem estresse, podem levar o RN ao desencadeamento de complicações (SILVA, 2005).

O enfermeiro deve incentivar a verbalização, o contato olho-a-olho, o toque as carícias, que são formas de interação importantes para promover laços fortes de afeto. Ao tocar e acariciar, a mãe se comunica com o filho, que se sente confortável e seguro. A mãe acompanha a evolução do bebê que pode se agravar, ou impossibilitar o ato de colocá-lo no colo. Portanto, o colo deve ser, logo que possível estimulado e auxiliado pela enfermagem, promovendo uma sensação prazerosa à mãe e ao RN (LOURENÇO; SOUZA 2006 apud, FIGUEIREDO, 2006).

É necessário prestar-lhe uma assistência que não considere exclusivamente questões biológicas e sim, que sejam desempenhadas de forma humanizada, de modo que o RN tenha contato compassivo com a equipe que o assiste e com as mães mesmo que esteja na incubadora, pois foram desempenhadas análises e verificam que as aptidões dos prematuros de ver, ouvir, cheirar e responder ao toque são muito boas. Ao serem estimulados, respondem ao manuseio e mostram se tranqüilos quando alguém conversa com ele (REICHERT; COSTA, 2000).

## **4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, por considerá-la mais adequada para a investigação pelo objetivo centrado em identificar a percepção das mães sobre a internação de seus filhos em uma Unidade Terapia Intensiva Neonatal. Segundo Marconi e Lakatos (2005), o método descritivo exploratório é aquele que tem por objetivo descrever inteiramente o determinado fenômeno

Reportando-nos a Minayo (1994), visualizamos que a pesquisa qualitativa, objetiva compreender e explicitar a dinâmica das relações sociais, suas crenças, valores, atitudes e hábitos, pois remete como tarefa central a compreensão da realidade humana vivida socialmente.

### **4.2 LOCAL DE PESQUISA**

A investigação foi realizada na Casa de Saúde Dix Sept Rosado Maternidade Almeida Castro, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Maria Clara situada na cidade de Mossoró-RN na Rua: Juvenal Lamartine, 334, CEP: 59611040, uma vez que dispõe de uma UTI-N, proporcionando assistência as mães e recém - nascidos e por ter sido campo de estágio.

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população foi constituída por mães de crianças internadas em uma UTI Neonatal. A amostra foi composta por dez mães de recém-nascidos quem estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Maria Clara com a faixa etária acima de 18 anos e que atenderam aos seguintes critérios: desejaram e concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

População é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Comumente fala-se de população como referencia ao total de habitantes de um determinado lugar (GIL, 2006).

Amostra é o subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população (COSTA et al, 2000).

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista contendo questões objetivas e subjetivas, dividindo em dois momentos: o primeiro contém os dados de identificação ou caracterização da amostra e o segundo está relacionado aos aspectos catalogados aos sentimentos das mães que estão com bebês hospitalizados na UTI Neonatal (APÊNDICE B). Este instrumento foi elaborado a partir dos aspectos levantados na revisão bibliográfica realizada no início desta pesquisa e que atendam aos objetivos propostos.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Assim, utilizamos como recurso a entrevista semi-estruturada, visando buscar informações contidas nas manifestações dos sujeitos.

Apropriamo-nos das palavras de Triviños (1999), na entrevista semi-estruturada, o informante tem a probabilidade de ponderar a respeito de seus conhecimentos, a partir do foco fundamental recomendado pelo pesquisador; ao mesmo tempo que admite respostas livres e francas do informante, aprecia o desempenho do entrevistador. As questões elaboradas para a entrevista levaram em conta o fundamento teórico da averiguação e a os conhecimentos que o pesquisador coletou a respeito do acontecimento social.

A coleta de dados foi realizada após o projeto ter sido apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE (ANEXO A) e após o encaminhamento de ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE - RN à Coordenadora de Enfermagem da Associação e Assistência a Proteção a Maternidade e a Infância de Mossoró - APAMIM , comunicando a pretensão da pesquisa e solicitando a autorização para a realização da pesquisa na referida.

A coleta de dados foi realizada no mês de Setembro de 2010, em dias úteis, nos



turnos manhã e tarde, realizando-se da seguinte forma: contato prévio com cada entrevistada, em que foi explanado o objetivo da pesquisa, a importância da participação, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), o qual foi assinado pelas pesquisadoras e pela participante da pesquisa; em seguida foi realizada a entrevista. Houve um cuidado prévio da pesquisadora participante de realizá-la em local calmo, privativo, sem interferência que prejudiquem a coleta de dados. Para melhor entendimento das respostas, a entrevista foi gravada.

As entrevistas foram gravadas em áudio-tape e transcritas na íntegra. De acordo com Ludke; Marli (1986), por transcrição entende-se a reprodução num segundo exemplar, de um documento, em plena e total conformidade com sua primeira forma, em total identidade, sem nada que o modifique, podendo ser aplicado tanto a documentos escritos como a documentos orais.

#### 4.6 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DE DADOS

Para a análise dos dados desta pesquisa foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem testemunhos como matéria prima, sob a forma de um ou diversos discursos - síntese escrita na primeira pessoa do singular, recurso que visa expressar o pensamento de uma sociedade, como se esta sociedade fosse o emissor de um discurso. (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005).

Importante lembrar que o desenvolvimento de tal técnica constitui-se de etapas como: leituras sucessivas dos discursos em seu estado bruto; análise prévia de decomposição das respostas; seleção das idéias centrais e das expressões-chaves presentes em cada um dos discursos individuais, e em todos eles reunidos. As conclusões do estudo foram estabelecidas de forma reflexiva e crítica, mediante a posterior interpretação dos resultados obtidos no desenvolver da mesma (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

#### 4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO

A pesquisa foi realizada levando em considerações os aspectos éticos da mesma envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho

Nacional de Saúde que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa (BRASIL,1996), bem como com a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN,2007), que trata do código de ética dos profissionais de enfermagem.

Atendendo os aspectos éticos que trata a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), os sujeitos do estudo foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), após ter sido esclarecido os objetivos do estudo, a finalidade das informações e a garantia do anonimato. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pela participante da investigação, pela pesquisadora responsável e pesquisadora participante, em duas vias, sendo que uma que foi entregue ao entrevistado e outra ficou sob os cuidados da pesquisadora responsável, conforme preconizado pela resolução supracitada.

A Resolução nº 196/96 CNS/MS, é sem dúvida, um documento de suma importância no campo da bioética, no sentido de assegurar uma conduta ética responsável por parte aos pesquisadores na realização de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996). Como também o que rege a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007), que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem.

#### 4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilidade desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança Mossoró-RN disponibilizará computadores e seus conectivos, as referências contidas no seu acervo da Biblioteca, bem como orientadora e banca examinadora.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 5.1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

#### 5.1.1. Dados Maternos

**Tabela 1:** Dados de identificação das mães entrevistadas. Nº 10 Entrevistadas. **Fonte:** Pesquisa de campo (2010)

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	
18 a 25 anos	4
25 a 35 anos	4
35 a 45 anos	2
Mais de 45 anos	-
<b>ESTADO CIVIL:</b>	
Solteiro	1
Casado	6
Separado	-
Viúvo	-
União estável	3
<b>ESCOLARIDADE:</b>	
Analfabeta	1
Ensino fundamental incompleto	5
Ensino fundamental completo	1
Ensino médio incompleto	1
Ensino médio completo	-
3º grau incompleto	1
3º grau completo	1

A idade das entrevistadas variou entre 18 a 35 anos. Quanto ao estado civil, variou bastante, 6 eram casadas e 3 com união estável e apenas 1 era solteira, em relação à escolaridade uma boa parte das mães entrevistadas tinha apenas o ensino fundamental incompleto.

Portanto, podemos considerar que, em geral, a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão socioeconômico, fator que pode predispor a situação potencialmente de risco para a mãe e o RN, além de impedir o acesso a informações e orientações, restringir a capacidade do cuidado e da assistência (ORACH, 2000; THEME FILHA, 1999).

Ainda na mesma linha de pensamento os autores acima, afirmam-se que, quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento das necessidades de cuidados especiais durante a gestação, levando ao início tardio ou ausência do pré-natal e conseqüentemente a um parto prematuro.

### 5.1.2. Dados Relacionados ao Tabagismo e Etilismo Quanto ao uso de Drogas das Mães Entrevistadas.

**Tabela 2:** Dados relacionados ao tabagismo e o etilismo. Nº 10 Entrevistadas. **Fonte:** Pesquisa de campo (2010)

Tabagista Etilista	
SIM	2
NÃO	8

**Tabela 3:** Dados relacionados se fazem uso de alguma droga. Nº 10 Entrevistadas. **Fonte:** Pesquisa de campo (2010)

Faz uso de outros tipos(s) de droga(s)?	0
---	---

Quanto à questão relacionada se é tabagista ou etilista, apenas 2 afirmaram que fumavam e/ou bebiam. Com relação ao uso de drogas, todas as entrevistadas negaram fazer uso.

A consequência do hábito de fumar sobre o evento perinatal associa-se expressivamente com o acontecimento do parto prematuro, independente dos números de cigarros fumados. O fumo durante a gravidez é responsável por 20% dos fetos com baixo peso, 8% dos partos prematuros e 5% das mortes perinatais. O tabagismo na gestação pode colaborar para a síndrome da morte súbita do bebê, além de acarretar enormes modificações no sistema nervoso central do feto. Estimativas econômicas advertem que os custos com as complicações perinatais são 66% maiores nos casos de mães que fumaram durante a gravidez do que nos de mães não fumantes (LEOPERCIO;GIGLIOTTI, 2004).

### 5.1.3 Dados Relacionados a Realização e ao Número de Consultas Pré-Natais das Mães Entrevistadas.

**Tabela 4:** Dados relacionados se realizou o pré- natal. Nº 10 Entrevistadas. **Fonte:** Pesquisa de campo (2010)

Realizou Pré-Natal	10
--------------------	----

Durante a entrevista, todas as mães relataram ter realizado o pré-natal. O pré-natal é avaliado adequado quando começado até o quarto mês de gestação e realizado um mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, ou menor número de consultas de acordo com a idade gestacional. O índice é ajustado pela idade gestacional, tendo em

vista que mães de crianças prematuras tendem a realizar menor número de consultas pré-natais (SILVA , 2005).

Para Conti e Moretti (2003) a assistência pré-natal tem se apontado como um dos fundamentais fatores de assistência contra o baixo peso ao nascer, prematuridade e óbito perinatal no Brasil e em outros países em desenvolvimento, ainda que a gestação seja entendida como um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá na maioria das vezes sem intercorrências.

A assistência pré-natal tem a intenção de proteger o binômio mãe-feto durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal intuito a redução da morbidade e da mortalidade materna e perinatal, fazendo assim a promoção e a manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, como também trazendo todas as informações e orientação que a gestante precisa (BRASIL,2000).

De acordo com BRASIL (1985), o pré-natal na sua essência:

“Constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e o conceito” (BRASIL, 1985: 19-20).

O pré-natal é essencial para atenuar os números de mortalidade materna e perinatal, pois um pré-natal sendo bem sucedido previne várias patologias, como por exemplo as doenças hipertensivas na gestação (pré-eclampsia, eclampsia) , anemia e como também ajuda nos preparos psicológico para o parto, risco de parto prematuro e óbito perinatal como também a perfeita estruturação do organismo fetal dentre outras vantagens (NEME ,2000).

**Tabela 5:** Dados relacionados ao número de consultas. Nº 10 Entrevistadas. **Fonte:** Pesquisa de campo (2010)

---

NÚMEROS DE CONSULTAS:	
01 consulta	1
02 consulta	-
03 consulta	1
04 consulta	1
05 consulta	-
06 consulta	3
Mais de 06 consultas	1
Não Lembra	3

---

Conviver com companheiro estável, com ou sem matrimônio legal é formidável para efetivação do pré-natal precoce e maior número de consultas. Uma mulher solteira, independente de sua escolaridade demora mais para aceitar a gestação e tem menos conhecimento acerca do que fazer em caso de ficar grávida, a que implica no início mais tardio das consultas pré-natais e conseqüentemente menor números de consultas (OSIS et al ,1993).

#### **5.1.4 Dados Relacionados ao Número e Tipos de Complicação Durante a Gravidez das Mães Entrevistadas.**

**Tabela 6:** Números e tipos de complicações durante a gravidez. N° 10 Entrevistadas.  
**Fonte:** Pesquisa de campo (2010)

TIVERAM COMPLICAÇÃO DURANTE A GESTAÇÃO	2
NÃO TIVERAM COMPLICAÇÃO DURANTE A GESTAÇÃO	8
<b>TIPO DE COMPLICAÇÃO</b>	
Miomas uterinos	1
Pressão alta	1

Das dez entrevistadas, 2 relataram ter tido complicação na gestação, dentre elas a hipertensão e mioma uterino. Segundo, Newcombe (1999), a condição da mãe é de máxima importância para um desenvolvimento saudável do bebê. Portanto, podemos refletir acerca da importância de uma gestação tranquila, sem estresse e sem sofrimento para diminuir a probabilidade de doenças maternas, contribuindo também para o nascimento de bebês saudáveis.

A hipertensão arterial elevada durante a gestação e um fator de risco que predispõe o parto prematuro, por isso é indispensável que a mulher faça um bom pré-natal para detectar e, por conseguinte, tratar, evitando problemas que levaria a imaturidade (ZUGAIB; RUOCCO, 2008).

As gestantes com diagnóstico de mioma uterino necessitam ser acompanhada como gestação de alto-risco, os miomas uterinos são tumorações, que dependendo do seu tamanho, forma e localização, podem dificultar o desenvolvimento da gestação (REZENDE,2005).

## 5.2 OS ASPECTOS CATALOGADOS AOS SENTIMENTOS DAS MÃES QUE ESTÃO COM BEBÊS HOPITALIZADOS NA UTI NEONATAL

Apesar de todo o sofrimento que as mães passam durante o tempo de internação do seu filho na UTI-N, a presença delas junto ao bebê nos seus primeiros dias de vida é de fundamental importância, pois estimula o contato precoce, em que a mãe se interessa e participa na sua recuperação.

Os dados obtidos na pesquisa foram transcritos e analisados qualitativamente, seguindo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), ressaltando-se que, por questões éticas, foram preservados os nomes das participantes.

Questão 01- Como você vê sua participação na assistência do seu RN? Você percebe alguma mudança?

<b>Ideia Central (1)</b>  A presença da mãe é muito importante  a recuperação do RN.	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (D.S.C) (1)</b>  [...] muito importante, a gente passa força, porque desde da barriga ela sente nosso carinho, e agora então e que precisa mesmo [...] já coloquei ele no meu colo, ele parece que sente que eu sou a mãe dele, quando eu falo com ele, ele olha para mim [...] ele até já segurou o meu dedo [...] eu ajudei a da a dieta dele, ver se os aparelhos dele se tava com ele, ele fica mais calmo quando eu estava lá [...] isso ajuda muito na recuperação dele [...] muito bom eu estar com ele, ajuda muito. [...] ele fica super ativo, responde muito bem aos estímulos, carinho, agarra nos dedos, ele sente a minha presença [...] quando a gente chegava pra tocar nela, ela chorava, acordava.
<b>Ideia Central (2)</b>  Medo de fazer mal	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (D.S.C) (2)</b>  [...] fico com medo de fazer algo de errado.

**Quadro 01:** Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo das participantes do estudo com relação ao seguinte questionamento: Como você ver sua participação na assistência do seu RN? Você percebe alguma mudança? **Fonte:** Pesquisa de campo. Mossoró, 2010.

Na ideia central (1) as mães participam e acompanham a assistência de seus filhos, costumam ter informação ao estado de saúde do mesmo. Esse tipo de participação deve ser aceito e incentivado por pessoas que estão diretamente ligadas aos familiares que, neste caso, são os membros da equipe de saúde (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Essas mães se sentem mais úteis e mais maternais quando estão bem ligadas a assistência de seu filho. A participação materna de alguma forma completa os cuidados realizados pelos membros da equipe, podendo até substituí-los. Isso traz benefícios para a criança, para a própria mãe, para a família e para os membros da equipe (TAMEZ; SILVA, 2002).

A mãe sente necessidade de estar junto com o seu bebê logo após o seu nascimento, visto que o relacionamento mãe-filho inicia-se durante toda a gestação e, logo depois o seu nascimento, isso é considerado como laço emocional mais forte entre duas pessoas. Este contato vale como uma forma de compensar o estresse do parto e “demonstra” ao bebê que sua existência é significativa para sua mãe.

Além do estímulo do vínculo mãe e filho, é importante que a mãe estabeleça uma aproximação com a equipe. Este tipo de interação pode favorecer uma redução da aflição das mães através do apoio e da abertura para expressão de seus sentimentos, tornando a situação crítica mais amena e menos dolorosa (ORDAHI, 2004).

O RN sente a necessidade de estabelecer um contato prazeroso com sua mãe e de ser estimulado. Esse contato favorece o tratamento e a recuperação do estado de saúde desta criança. Os resultados dessa progressiva recuperação se torna perceptível através das manifestações do bebê de acordo com os sentimentos e a qualidade de cuidados prestados. (SILVA, 2005).

A assistência na UTI-N não deve restringir-se aos cuidados intensivos ao bebê e sim expandir-se à família e, em especial, à mãe deste RN crítico, possibilitando, com maior facilidade, o contato entre mãe e filho, porque ambos necessitam (ORDAHI, 2004).

A interação mãe e filho está muito relacionada com o desejo de ser mãe e suas fantasias. Isso é cada vez mais incentivado quando a mãe sente que o seu afeto é reconhecido e demonstrado pelo seu bebê através de suas capacidades de poder olhar, seguir, ouvir a voz e reconhecer o cheiro do leite (SCHMITZ, et al 2005).

A equipe deve estimular a relação mãe-filho para que esta não seja interrompida por outros fatores. Assim, é necessário prestar orientações esclarecedoras sobre o



ambiente da Unidade Intensiva, que assusta a mãe e, de certa forma, faz com que esta se afaste do seu bebê, interferindo na ligação materna (COSTENARO, 2001).

Na ideia central (1), também se fundamentam os resultados de várias pesquisas que comprovaram a anteposição dos RN's pela face humana. Costa; Marba (2003) observou e demonstraram que logo após o nascimento, os bebês fixam o olhar na figura que se aproxima a face humana, e acompanham esta com os movimentos dos olhos e da cabeça, mantendo-os dentro do campo de visão.

Brazelton (1992), ao desenvolver sua pesquisa, verificou que os RN's têm preferência pela voz humana, relacionado à faixa de frequência ao estímulo sonoro como padrão de resposta dos bebês.

Observa-se que na ideia supracitada, apesar dos RN's permanecerem na UTI, as mães sentem-se felizes ao ver as reações dos seus filhos quando elas os tocam, pois o toque caracteriza-se como um dos bons momentos de amor entre mãe e filho, o que pode ser ressaltado no discurso dessas mães e o quanto isso é expressivo e, quando os bebês respondem a esse estímulo através de alguns sinais, como um simples fechar a mão, a esperança e a alegria se fazem presentes nas mães.

O toque é um dos mais importantes meios de estimular o bebê, assim, ele passa a perceber e a conhecer os limites do seu corpo e se sentir significativo. As mães devem estar sempre atentas frente às atitudes que o seu filho manifesta ao ser tocado, pois determina um forte meio de comunicação entre RN's e seus familiares que, uma vez presentes, desempenham um papel terapêutico (SILVA, 2003).

De acordo com Klaus e Kennell (1993), os RN's captam as mensagens emitidas pela linguagem corporal dos adultos ao serem tocados. Portanto, mães estressadas podem passar vibrações negativas para o seu filho, que pode reagir da mesma forma. No entanto, o toque deve ser terapêutico e ser feito de forma tranquila para que o bebê se sinta seguro, amado e capaz de se recuperar. Eles adoram ser carregados, embalados e acariciados, surtindo um efeito tranquilizante.

O que podemos observar na ideia central (2) é que a fragilidade do RN desperta, entre outros sentimentos na mãe, o medo, pois a dimensão da criança e sua flexibilidade faz com que a mesma afasta-se devido ao receio de machucar e isso influencia de modo significativo a afinidade de apego.

Para o desenvolvimento do apego, é muito importante o suporte da mãe para beneficiar o vínculo desta com o RN, visto que, inúmeras vezes, esta tem medo de tocar no RN e pensa que ele não a percebe, além de achar que não pode pegá-lo. Essas

dúvidas e dificuldades necessitam de ser explicadas para ajudá-la na afinidade com seu filho RN, pois, quando aborrecidos, podem gerar aflição nas mães, causando dificuldade de conforto, sendo respeitável a ajuda do profissional para ajudá-las nesse processo (BRASIL, 2002).

Questão 02- Qual a sua maior dificuldade dentro da UTI-N? O que mais a incomoda?

<p><b>Ideia Central (1)</b></p> <p>Dificuldade de presenciar o sofrimento de seus filho.</p>	<p><b>Discurso do Sujeito Coletivo (D.S.C) (1)</b></p> <p>[...] só mesmo de está lá, eu não queria tá lá, só em ver a situação do meu filho la mesmo, me incomodava [...] dificuldade de tá lá dentro,sem poder fazer alguma coisa a não ser da o meu amor para ele [...]em ver ele na incubadora, porque as vezes ele está bem no outro dia ele está pior...[...] dificuldade de presenciar todo aquele sofrimento..vendo a respiração dele ficar rápida, e ver ele daquele jeito me deixa sem animo para viver [...] vendo aqueles aparelhos, a zuada, fico preocupada [...] de ver ele sofrendo, sendo furado e eu sem poder fazer nada.</p>
--	---

**Quadro 02:** Ideia central e discurso do sujeito coletivo das participantes do estudo com relação ao seguinte questionamento: Qual a sua maior dificuldade dentro da UTI- N? O que mais a incomoda? **Fonte:** Pesquisa de campo. Mossoró, 2010

Estes relatos demonstram que as mães interpretam esse ambiente como negativo e estressante, tornando, assim, qualquer aparelho simples e corriqueiro, utilizado para o tratamento nesta unidade, numa barreira que dificulta a aproximação entre mães e bebês.

Além da influência do ambiente, existe outro ponto determinante nas preocupações e ansios das mães em relação ao estado do seu filho. As situações de saúde dos RN's em estado grave fazem as mães pensarem que o seu filho pode passar pela mesma situação crítica, aumentando ainda mais a tensão (SILVA, 2005).

Isso interfere na comunicação que a mãe gostaria de ter com o seu bebê. Ela sente-se vigiada e, com isso, fica inibida, diminuindo tentativas de estímulos e aproximação que deveriam ser mantidas constantemente com seu RN (SILVA, 2005).

As alterações comportamentais do RN são notadas pelos membros da equipe e, principalmente, pelas mães que acompanham e avaliam as reações do bebê, através das manifestações de seus sentidos, que começam a ser descobertos (visão, audição, olfato,

paladar e tato) (REICHERT; COSTA, 2000).

O dia a dia dessas mães em uma UTI-N é frustrante e distinguida por emoções conflitantes, pois elas têm que deixar seu filho amado aos cuidados de uma equipe que até então elas não conhecem. Devido aos diversos tipos de procedimentos que são desempenhados em função do longo tratamento, causam-lhe aflição, uma vez que presenciam seu bebê em vários procedimentos como, por exemplo, na passagem de sonda orogástrica, sendo aspirado, cateterismo para acesso venoso, punções venosas e coletas de sangue entre outros procedimentos. Isso transforma em sofrimento, em percepção da dor para seu RN.

As mães sentem a necessidade de ter uma função diante da assistência de seu filho. Dessa forma, percebem que são necessárias e úteis, e que a criança internada é sua. A importância dos enfermeiros nesse momento pode estabelecer a atitude das mães, estimulando de forma esclarecedora e apoiando a participação destes na assistência à criança.

Questão 03 – O que você sente em ver seu filho na UTI-N?

<b>Ideia Central (I)</b> Tristeza, angústia e medo da possível e insegurança.	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (D.S.C) (1)</b> [...] o pior sentimento, eu sofri muito, qual a mãe que quer ver seu filho direto ruim? [...] medo, aflição, medo de perder ele, muito triste, angustiada...[...] tenho uma sensação de medo muito grande...tenho medo de perder ele.... Triste, constrangimento, ruim [...] sentimento de tristeza, angústia, [...] medo, emoção, porque penso que ele não vai sair de lá tão cedo.
--	---

**Quadro 03:** Ideia central e discurso do sujeito coletivo das participantes do estudo com relação ao seguinte questionamento: O que você sente em ver seu filho na UTI-N?**Fonte:** Pesquisa de campo. Mossoró, 2010

Em função das características apresentadas pelos RN's prematuros, observa-se na fala das mães o sentimento de incerteza e impotência, o que conseqüentemente desperta o medo de morte em função da fragilidade apresentada pelos mesmos.

O nascimento de um filho é uma preparação de meses de espera até o trabalho de parto. Quando ele, finalmente, chega, traz sentimento de alívio, felicidade e admiração. As mães, em função de vivenciarem o crescimento do bebê em seu ventre, já se encontram de certo modo familiarizados com o mesmo, porém elas sentem uma mistura de esperança, ansiedade e antecipação (KLAUS, KLAUS, 2001).

---

No entanto, quando o bebê é um prematuro, desperta nelas um sentimento de medo e sofrimento. Em virtude da precocidade as mães sentem-se muitas vezes culpadas pelo nascimento antecipado, e sendo elas que ficam hospitalizadas, sofrem com esse novo ambiente o que causa ansiedade e muitas expectativas quanto ao tratamento do bebê (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Nessas situações, as mães vivenciam um período de dor e amplos conflitos, uma vez que, durante a gestação, possivelmente o idealizava uma criança com saúde. O nascimento de um bebê doente, com má-formação congênita ou prematura, vem desfazer esse sonho, trazendo decepção, sentimento de incompetência, culpa e medo da perda. Aceitar que o seu bebê fique aos cuidados de pessoas que elas não conhecem, dentro de uma realidade ignorada e imprevista, vê-lo dentro de uma incubadora sem poder tocá-lo, sem informações adequadas e a angústia de não poder amamentá-lo, são fatores que cooperam para que o ciclo de aproximação seja partido, visto que o mesmo é imprescindível para fortalecer o vínculo mãe/filho (TAMEZ; SILVA, 2002).

O período de internamento gera nas mães manifestação de sentimentos ambivalentes de alegria/aflição, expectativa/ desânimo, isolamento/afeto, devido às diferentes ambiguidades que passam a existir quanto ao bebê e à própria mulher, enquanto mãe e esposa (BRASIL,2002).

O sentimento mais presente foi a tristeza, que de acordo com Bowlby (1993,p.393) é uma reação natural e saudável a qualquer infortúnio, sendo em grande parte provocada por uma sensação de mágoa,aflição ou mesmo de perda.

Contudo, necessitam de providas de explicação pelos profissionais acerca da seriedade da constância materna, bem como da sua cooperação para a recuperação e bem-estar do bebê a cada instante. Para tanto, o quanto antes a tristeza for superada, é possível que essa colaboração ocorra da melhor maneira.

Questão 04- Como você ver a enfermagem na interação do seu filho?

<p><b>Ideia Central (1)</b> Transmitem segurança</p>	<p><b>Discurso do Sujeito Coletivo (D.S.C) (1)</b> [...] muito boa, me ajuda... diz como ele ta, conversava com ele, sempre tratava muito bem [...]Elas sempre apoiaram em tudo sabe? Mais e porque eu sou tímida, fico com vergonha, fico com medo de perguntar alguma coisa. [...] muito bom, tem umas que tirava ele, botava no colo, chamava o nome dele, conversava com ele, sempre tratava muito bem.[...] importante, cuida bem direitinho, orienta os pais direitinho, dão atenção,são muito bacana.</p>
--	--

	[...] todas as vezes elas cuidava muito bem [...] eu tenho muito apoio, elas me ajudam muito, ajuda a ficar tranqüila.[...] são bastante atenciosa, prestativa, tratam com muito cuidado[...] não tenho o que reclamar, sempre tem gente cuidando.
<b>Ideia Central (2)</b> Não demonstram interesse, não passa segurança.	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (D.S.C) (2)</b> [...] acho que tem gente que não devia ta aonde está [...] Não estão nem aí [...] A equipe só se preocupa em fazer os procedimentos e esquece da atenção a gente, não da importância a gente.

**Quadro 04:** Idéias centrais e discurso do sujeito coletivo das participantes do estudo com relação ao seguinte questionamento: Como você ver a enfermagem na interação do seu filho?

**Fonte:** Pesquisa de campo. Mossoró, 2010

O maior destaque notado por essas mães está na forma como a equipe de enfermagem maneja o seu filho. O carinho, amor, atenção, cuidado e até a forma com que isso se direciona ao RN podem ser consideradas, estratégias de intervenção para promover o relacionamento mãe filho. A forma de lidar com os RN's, o cuidado humanizado e sistematizado podem colaborar não exclusivamente para a eficácia do cuidado mas para a satisfação da mãe com o filho.

A mãe deve se envolver com os problemas e com a situação de vida do seu filho, para assim, construir um modo terapêutico de ter contato e cuidado com o seu RN. Isso alivia um pouco a tensão das mães, pois elas passam a entender o que acontece com seu bebê em relação aos procedimentos e medicamentos. Além disso, a equipe tenta suprir os dois lados: das mães e os cuidados intensivos com o RN (KLAUS; KENNEL,1993).

A equipe deve se preocupar com suas atitudes diante das mães do RN para evitar que esta não se sinta intimidada ou reprimida por alguma atitude negativa ou aparentemente negativa da equipe. A mãe pode interpretar de forma inadequada, podendo interferir na sua posição e função de mãe, prejudicando a atenção que tanto precisa este bebe (CONSTENARO,2001).

Observa-se na ideia central (2) a insatisfação de algumas mães a respeito da interação da enfermagem para com o seu filho.

O profissional de saúde deve estar atento para não interferir nos momentos únicos da relação mãe e filho, principalmente no horário de visita e da amamentação,

um dos momentos mais importantes para a interação materna. Muitas vezes, a equipe se detém tanto aos procedimentos e tarefas do cuidar que se esquece de respeitar estes instantes. Muitas das mães podem sentir-se invadidas e até mesmo sem privacidade para interagir com seu filho (CONSTENARO, 2001).

A enfermeira de uma UTI-N não deve trabalhar somente nos cuidados com o RN e sua sobrevivência, mas também criar um vínculo com a mãe para que esta se aproxime do seu filho (CONSTERNARO, 2001).

Isso permite uma confiança no profissional, tranquilizando a mãe e sua família. A enfermeira deve atuar como agente de mudanças e, assim, ampliar e atualizar seus conhecimentos e tornar frequente a participação das mães na assistência da criança a partir de orientações antecipatórias cautelosas para não incluir a mãe em tarefas que tragam dificuldade na sua realização, podendo aumentar o grau de ansiedade, culpa e frustração “quebrando o vínculo mãe filho (KENNER, 2001).

Os profissionais da equipe de saúde que estão ligados a assistência do RN devem avaliar o envolvimento das mães com o RN, a expressão do prazer no atendimento das necessidades dessas mães no cuidar dos RN's e sua possível capacidade de cuidar após a alta (CONSTENARO, 2001).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A UTI Neonatal é um lugar dedicado a receber RN que por algum motivo, ao nascer, precisa de cuidados intensivos, sendo, assim, separados das mães e modificando a composição familiar. No momento em que as mães ficam sabendo da internação do seu filho na UTI-N, despertam nelas sentimentos variados, associados com o medo da morte. Acreditamos que esse receio só poderá ser superado quando as mães obtiverem mais informações sobre a UTI Neonatal, suas indicações, o seu funcionamento e os procedimentos realizados.

Enquanto pesquisadora foi observado, que as mães vivenciam situações na UTI-N que permearam vários sentimentos e atitudes, as quais foram destacadas: o conflito, angústia, medo, ansiedade e o sofrimento como também observamos que muitas dessas mães tinham muita fé, forças e coragem e isso foi o que nos deu forças para a concretização deste trabalho, além da vontade de poder ajudar e de cooperar para o aperfeiçoamento do cuidado ao binômio.

Ao entrevistar essas mães, pude perceber que as mesmas estavam vivenciando um trauma muito forte, e, ao fazer as perguntas, e alguma delas chegaram a chorar. Daí então, percebi o quanto é importante o acolhimento e o esclarecimento das mesmas, contribuindo, assim, para que na ocasião em que contam sua experiência, desabafam e encontram, por um momento no entrevistador, o conforto e alguém com quem possam racionar sua dor.

O medo de não poder colocá-lo no colo, amamentá-lo, além de diversas vezes ter que observar o mesmo sendo puncionado várias vezes, para administração de medicamentos e coleta de sangue. Contudo, todo esse sofrimento pode ser diminuído com uma simples conversa, a qual pode contribuir de modo significativo para minimizar as angústias das mães ou contribuir para esclarecê-las.

A participação da mãe deve ser um vínculo de envolvimento com a situação de vida do seu RN para construir uma abordagem terapêutica de contato e cuidado com seu filho, sendo incentivada pela equipe de saúde.

A interação com o RN e o estímulo permitem que as mães sintam-se necessidade de estar juntamente com seu filho, mas, muitas vezes, sentem-se limitadas por temer uma aproximação e agravar a situação do seu RN, tornando primordial o respeito e as orientações da equipe de saúde.

Os sentimentos das mães emergem e acompanham toda a trajetória de seu RN na UTI-N como, o medo, a insegurança e as percepções negativas e positivas que

interferem no vínculo mãe e filho e assim devem ser percebidos pela equipe, para favorecerem o planejamento de uma intervenção eficaz e convincente, já que muitos desses sentimentos são ambíguos.

A resposta do RN é o resultado de estímulos e aproximações positivas da mãe frente ao seu filho e um ponto fundamental para sua recuperação, pois este passa a se perceber e a se sentir significativo para alguém, a partir de manifestações de seus sentidos percebidos pela mãe e pela equipe.

A interação da mãe com a equipe faz com que as mães fiquem confusas, pois, em alguns momentos, ela traz segurança, transmite tranquilidade; em outras, desencadeia angústia e tensão à mãe. Estas se tornam mais organizadas e situadas no desempenho de seu principal papel de mãe, que é cuidar, acompanhar, tocar o seu RN, facilitando sua recuperação.

Apesar dessas manifestações de sentimentos, ações e pensamentos trazidos para a realidade, também não podemos deixar de explicar as condições de vida da família a que esta mãe pertence, seus valores e suas formas de ver o mundo, ou seja, o seu imaginário, que é a maneira que ela interpreta e vê o cuidar da equipe com o seu filho dentro da UTI-N.

O apoio da família é essencial para o desenvolvimento saudável de uma criança. A participação da mãe na assistência de sua saúde conduz à redução do estresse provocado pela internação, à diminuição da permanência hospitalar e à contribuição para resposta terapêutica.

É importante que hoje em dia buscássemos aproximar cada vez mais mãe e filho para que esta se sinta responsável pelo seu bem – estar e, assim, capaz de cuidar do RN. O apego entre eles é firmado pelo contato físico visual. Esse contato, se for contínuo, favorece para o desenvolvimento do RN.

O enfermeiro deve ter a capacidade de avaliar as condições do RN e orientar a mãe no momento certo para realizar o estímulo, tornando este favorável, permitindo uma terapia contínua e progressiva.

Dessa forma, a interação mãe e equipe surgem como instrumento para a assistência dos RN's graves, tornando a resposta terapêutica deste RN mais eficaz, mesmo que não seja notado.

Portanto, concluímos que o papel dos profissionais de saúde é essencial e deve ser desempenhado com sensibilidade suficiente para perceber os sentimentos da mãe e suas atitudes, ao ver e se aproximar do RN na UTI-N, proporcionando a ela, condição



de cuidar de seu filho, sentir-se satisfeita e capaz de perceber a reação prazerosa do seu RN quando cuida e toca, pois a maioria dos profissionais da UTI-N vivem em uma intensa rotina de trabalho, e terminam esquecendo que devem direcionar também a sua assistência às mães, além dos RN's.

Pelo fato de o RN se encontrar em uma condição de fragilidade, acaba recebendo maior atenção. No entanto, já é evidenciado cientificamente que, quando a mãe transmite tranquilidade, amor, segurança, também favorece a recuperação do RN e isso só poderá acontecer se a mesma tiver seus anseios superados.

Esperamos que este trabalho possa trazer um alerta e uma contribuição para todos os profissionais de saúde, em especial para nós, futuros enfermeiros, que devemos estar atentos para a assistência humanizada que garanta às mães uma assistência de qualidade para então desempenhar seu papel terapêutico.

## REFERÊNCIAS

- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 8 . ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. Disponível em:  
<<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/livrodigital%20%28pdf%29%20%28rev%29.pdf>  
>. Acesso em: 5 mai. 2010.
- BOWLBY, J. Angústia e separação: revisão da literatura. In: \_\_\_\_\_ **Separação: angústia e raiva**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993. Apêndice 1, p. 389-411.
- BRANDEN, P.S. **Enfermagem materno infantil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso editores, 2000.
- BRASIL, Assistência Integral a Saúde da Mulher. **Bases de Ação Programática**, 60p. 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto Da Criança e do Adolescente. **Lei Federal nº 8.069 de 13/07/90, 1990**. Ministério da Saúde (BR). Brasília(DF): Ministério da Criança/ Projeto. Disponível em: < <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/eca3.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2010
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo os seres humanos: Resolução 196/96**. Brasília, 1996. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>> Acesso em: 21 mar. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto Risco: Manual técnico**. 3ª ed. Brasília (DF): 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru**. Manual do curso/ Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/manualcanguru.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2010.
- BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes. 1992.

COFEN. (Conselho Federal de Enfermagem). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução 311 de 2007**. Disponível em: <<http://www.corenen.com.br>>. Acesso em: 14 abr.2010.

CONTI, D. A.; MORETTI, E. Fatores cognitivo-perceptivos de não adesão ao pré-natal. **Revista Médica HSVP**, v. 15, n. 32, p. 12-18, 2003.

COSTA F. P. de H. MARBA, T. S. **O Recém-nascido de Muito Baixo Peso**. São Paulo: Atheneu. 2003.

COSTA, S. F. G. et al. **Metodologia da pesquisa**. João Pessoa: Idéia, 2000. (Coletânea de termos).

COSTENARO, R. G. S. **Cuidando em Enfermagem: pesquisas e reflexões**. Santa Maria /RS: Centro Universitário Franciscano 2001.

COSTENARO, R.G.S. **Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em uti neonatal**. Florianópolis: Enfermagem Unifra, 2001.

CUNHA, I. A Mãe o Recém – Nascido de Muito Baixo Peso a Interação: Uma Nova Perspectiva para os Cuidadores da Unidade de Tratamento Intensivo. In: ARAGÃO, R. O. (org.) **O Bebê, o Corpo e a Linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FERRAZ, M. <sup>a</sup>; CHAVES, R. L. Bebês Prematuros: aspectos emocionais envolvidos. **Pediatria Moderna**, v. 32, n. 7, 1996.

FORTES, P.A.C., MARTINS, C.L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, (n. esp.): 2000.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.58, n.4, jul./ago.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a12v58n4.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2009.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5.ed.São Paulo: Atlas, 2006.

GOMES, A. L. H. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. **Psicologia Hospitalar**. São Paulo, v.2, n.2, 2004. Disponível em: <<http://scielo.bvs->

[psi.org.br/scielo.php?pid=S1677-74092004000200004&script=sci\\_arttext](http://psi.org.br/scielo.php?pid=S1677-74092004000200004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 09 mar. 2010.

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

KLAUS, M.H.; KLAUS, P.H. **Seu surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artmed; 2001.

KLAUS, M. H, KENNEL, J. H. **Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes**. M. H. Klaus, J. K. Kennell. *Pais / Bebês* – a formação do apego (p. 245-275) Porto Alegre: Artes Médicas.1993. p.245-275.1993.

LAMEGO, D.T.C, DESLANDES, S.F. ;.Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Revista de Ciências e Saúde Coletiva** v.10, n.3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a23v10n3.pdf>>. Acesso em: 14 abr.2010

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: UDUCS, 2005. (Coleção Diálogos) Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v10n20/17.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2010

LEFEVRE F; LEFEVRE AMC; TEIXEIRA JJV. **O Discurso do Sujeito Coletivo**. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul; EDUCS 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a06v15n1.pdf>>. Acesso em: 04 de set. 2010

LEOPERCIO W, GIGLIOTTI A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **J Bras Pneumol**.2004;30:176-85.

LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FIGUEIREDO, ALMEIDA, M.N; **Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém-nascido**, São Caetano do sul: S.P. Yendis. 2006.

LÜDKE ; A. ; MARLI, E. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**.São Paulo: EPU, 1986.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.V. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS, C.L.; FORTES, P.A.C. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2000; 53 (n.esp.): 32-3.

MINAYO, C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

NEME, Bussamara. **Obstetricia básica**. 2ª edição. São Paulo: Sarvier, 2000, p. 118 a 120.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Pré -Natal**. Secretaria de Políticas de Saúde, Manual Técnico, 3ª edição. 66p. 2000.

NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen/Nora Newcombe**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1999.

ORACH, C. G., 2000. **Maternal mortality estimated using Sisterhood method in gulu district**, Uganda .Tropical Doctor, 30 : 72 - 74 . Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n4/5309.pdf>> Acesso em : 01 out 2010

ORDAHI, L.F.B. As expectativas das gestantes com a proximidade do parto. **Enferm Atual**. v. 4, n. 21, maio/jun, 2004.

OSIS, M.J.D. et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 27:49-53, 1993.

RAAD A.J.; et al. **A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal**. **Revista de Psicologia da Vetor**. Sergipe, v.7, n.2, p.85-92, jul./dez., 2006.

REICHERT, A. P. S.; COSTA, S. F. G. Experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro: **Revista Brasileira de Enfermagem**. V., n., João Pessoa 2000; 53 (n.esp.): 32-3.

REICHERT, A. P. S.; et al, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.9, n.1, Paraíba, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.pdf>>. Acesso em: 24 maio. 2010

REZENDE, J. Ginecopatias. In: **REZENDE, J. Obstetrícia**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SALES, C.A; et al. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem Maringá**, v. 59, n. 1, 2006. Disponível em: <  
[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio\\_virtual/bead/imagem/0815.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/0815.pdf)> Acesso em: 16 abri 2010

SCHIMITZ, E.M et al. **A enfermagem em pediatria**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005

SILVA, R N. M; **Cuidados Voltados para o Desenvolvimento do Pré-termo na UTI Neonatal**. . Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Pediatria. MEDSI/Guanabara Koogam. 2003.

SILVA, R. N. M. **Cuidados voltados para o desenvolvimento do pré-termo na UTI Neonatal: avanços em perinatalgia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2005.

TAMEZ, R. N; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

THEME FILHA, M. M.; SILVA, R. ; NORONHA, C. P. ,1999. **Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro**, 1993 a 1996. Cadernos de Saúde Pública , 15 : 397 - 403 .

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo:Atlas,1999.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstetrícia**: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

ZUGAIB, M. ; RUOCCO, R. M. S. A. **Pré-natal**: São Paulo: Atheneu, 2008.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título **MÃES EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: Percepção Sobre Sua Participação Enquanto Elemento Terapêutico** está sendo desenvolvida pela a aluna Ana Gabriela de Medeiros Dantas do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE sob a orientação da Professora Esp. Ana Cristina Arrais, cujo objetivos específicos são descrever a vivência das mães na UTI Neonatal, investigar como as mães entendem a sua participação na UTI Neonatal, conhecer os principais sentimentos das mães do RN em uma UTI Neonatal. Tomando como referência uma breve experiência no Alojamento Conjunto e na Unidade Terapia Intensiva Neonatal, durante o estágio da disciplina de Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia, no sexto período de graduação, tive a oportunidade de ver mães aflitas ao se deparar com os seus filhos prematuros. Elas ficavam muito ansiosas, inseguras, sentindo-se impossibilitadas de cuidar e tocar no seu filho, além disso, pude observar a pouca interação dos profissionais de saúde diante dos sentimentos das mães.

Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista gravada, os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos à contribuição da senhora na realização dessa pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos à contribuição do (a) senhor (a) na realização



dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelos pesquisadores.

Mossoró, \_\_\_/\_\_\_/2010

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Esp. Ana Cristina Arrais  
Orientadora Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Ana Gabriela de Medeiros Dantas  
Pesquisadora Participante

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa/testemunha



\_\_\_\_\_  
Endereço da Pesquisadora Responsável: Av. Presidente Dutra, N<sup>o</sup> 701, Alto de São Manoel, Mossoró - RN CEP: 59.628-000 Tel(s): 3312-0143 E-mail: [anaarrais@facenemossoro.com.br](mailto:anaarrais@facenemossoro.com.br)

<sup>2</sup> Comitê de Ética e Pesquisa – FACENE/FAMENE – Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – Paraíba/ Brasil. CEP:58.067-695 Tel/Fax: (83) 2106-4777 E-mail: [cep@facene.com.br](mailto:cep@facene.com.br)

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisa: **MÃES EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL:  
Percepção Sobre Sua Participação Enquanto Elemento Terapêutico**

#### **1.DADOS DE CARACTERIZAÇÃO OU IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA.**

1.1) Faixa etária:

- de 18 a 25 anos
- de 25 a 35 anos
- de 35 a 45 anos
- ou mais de 45 anos

1.2) Estado civil:

- solteiro
- casado
- separado
- viúvo
- união estável

1.3) Escolaridade:

- analfabeta
- ensino fundamental incompleto
- ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- ensino médio completo
- 3º grau incompleto
- 3º grau completo

1.4) Tabagista ( ) Etilista ( )

Faz uso de outro tipo(s) de droga(s)? Se sim, qual (is)? \_\_\_\_\_

1.5) Realizou Pré-Natal? SIM ( ) ou NÃO ( ) Se sim, números de consulta \_\_\_\_\_

1.6) Teve alguma complicação durante a gestação? SIM ( ) ou NÃO ( )

Tipo de complicação \_\_\_\_\_

#### **2. INFORMAÇÕES RELACIONADAS AOS SENTIMENTOS MATERNOS**

2.1 – O que você sente ao ver seu filho na UTI-N?

2.2 Qual a sua maior dificuldade dentro da UTI-N? O que mais a incomoda?

2.3 Como você vê a sua participação na assistência do seu RN? Você percebe alguma mudança?

2.4 Como você vê a enfermagem na interação do seu filho?

# **ANEXO**