

A PRIMEIRA VISITA DA MÃE À UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: O ACOLHIMENTO COMO PROMOÇÃO DO CUIDADO HUMANO¹

FIRST VISIT OF THE MOTHER IN THE NEWBORN INTENSIVE CARE UNIT: THE RECEPTION AS PROMOTION OF HUMAN CARE

LA PRIMERA VISITA DE LA MADRE A LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA NEONATAL: LA BUENA ACOGIDA COMO RESPALDO AL CUIDADO HUMANO

ELOAH DE PAULA PESSOA GURGEL²
KARLA MARIA CARNEIRO ROLIM³

A separação do bebê de sua mãe, em decorrência de sua internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), faz com que esta sinta tristeza, medo e estresse. Objetivamos investigar a percepção da mãe em sua primeira visita ao seu filho internado na UTIN, conhecer suas expectativas, com a finalidade de propor a formação de um grupo de apoio às mães. Estudo investigativo-descritivo, de abordagem qualitativa, em uma maternidade na cidade de Fortaleza-CE. Os sujeitos da pesquisa foram mães que estiveram com seus filhos internados de agosto a setembro de 2004. Da análise dos dados, surgiram temáticas extraídas do discurso das participantes expectativas, acolhimento, primeira visita à unidade. A enfermeira deve ter uma percepção diferenciada em relação à primeira visita e a permanência da mãe do bebê na UTIN, e de quanto ela é importante na recuperação do bebê ao seio familiar.

UNITERMOS: Recém-nascido; Unidade de terapia intensiva neonatal; Enfermagem.

When babies are separated from their mothers in order to be treated in a Newborn Intensive Care Unit, the mothers feel unhappy, afraid and stressed. The aim of this study is to analyze the mothers' reactions towards seeing their babies in a Newborn Intensive Care Unit, and to know what their expectations are on the recovery, in order to propose the development of a support group for the mothers to help them go through the first visit and the stay of their babies during treatment. This is a descriptive-investigatory study with a qualitative approach, which took place in a Newborn Intensive Care Unit of a public maternity hospital in Fortaleza-Ce. The research subjects were mothers who had their babies hospitalized from August to September of 2004. Data analysis resulted in the following categories, which were extracted from the subjects' discourse: expectations, reception, and first visit to the unit. We concluded that the nurses must have a differentiated perception of the first visit and of the babies' stay in the unit, emphasizing its importance to the babies' recovery and to their return to the family.

KEY WORDS: Newborn; Newborn intensive care unit; Nursing.

La separación del bebé de su madre, como consecuencia de su internación en la Unidad de Vigilancia Intensiva Neonatal (UVIN), repercute en el estado emocional de la madre, que siente tristeza, miedo y estrés. Nuestro objetivo fue el de investigar la manera como ella percibe esta situación durante la primera visita a su hijo, internado en la UVIN, para conocer sus expectativas, y proponer la formación de un grupo de apoyo a las madres. Estudio investigativo y descriptivo, abordado de forma cualitativa, realizado en una maternidad de la ciudad de Fortaleza-CE. Participó de esta pesquisa, un grupo de madres cuyos hijos estuvieron internados de agosto a septiembre del 2004. Del análisis de los datos recogidos, surgieron temáticas extraídas de las declaraciones de las participantes: sus expectativas; la acogida; la primera visita al centro. La enfermera debe percibir de manera diferenciada esta primera visita, la permanencia de la madre y su bebé en la UVIN, y cuánto ella es importante para que el bebé se recupere y pueda volver al hogar familiar.

PALABRAS CLAVES: Recién Nacido. Centro de Vigilancia Intensiva Neonatal. Enfermería.

¹ Monografia de Especialização em Enfermagem Neonatológica realizada no Projeto Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC.

² Enfermeira Assistencial da Unidade de Neonatologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC. Especialista em Enfermagem Neonatológica/UFC. Integrante do Projeto Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC. Email: eloahgurgel@yahoo.com.br

³ Enfermeira da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand-MEAC/UFC. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/ UFC. Integrante do Projeto Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Email: karla.rolim@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Até o início do século passado, o lugar natural dos recém-nascidos era junto de suas mães, já que nasciam em suas próprias casas. Os hospitais tinham poucos recursos técnicos e nada mais podiam oferecer além dos cuidados proporcionados na própria residência.

Desde a criação do primeiro berçário, que data de 1893, em Paris, destinado aos bebês "débeis", por Madame Henry, enfermeira-chefe da "Casa de Partos", a tecnologia avançou e nas últimas décadas, bebês recém-nascidos (RN) de alto risco conseguem aumentar suas possibilidades de sobrevivência graças ao surgimento de unidade de cuidados intensivos neonatais, onde é ressaltado o aspecto tecnológico na prática assistencial, desconsiderando o biopsicossocial e espiritual. Essa assistência contribui para a separação do binômio mãe/filho, dificultando a formação de um vínculo afetivo entre eles ¹.

O bebê começa a existir para seus pais muito antes da sua concepção; está presente nas fantasias e idealizações de cada homem e cada mulher, desde sua infância, de um dia formarem uma família. É o bebê idealizado que os pais aguardam, falando e sonhando, dando a ele características físicas e psicológicas da família com as quais gostariam que fossem identificados.

Na iminência de um parto prematuro ou na presença de malformação, surge uma descontinuidade na idealização do nascimento. Os pais, então, vêem-se impossibilitados de sair da maternidade com o bebê nos braços, e surge o medo da doença, do desconhecido e da morte. Esta internação do bebê pode resultar em transtornos para a família, pois ela poderá apresentar dúvidas sobre o tratamento desenvolvido, além de vivenciar desgaste emocional por possuir uma criança com sérios problemas ².

É preciso estabelecer com o bebê e sua família formas de interação e comunicação. Os familiares participam da assistência, executando prescrições no nível de fazer, de ajudar. Para tanto, devem ser orientados pela enfermeira. A enfermeira deve ter preparo nas áreas de comunicação, pois há necessidade de clareza na transmissão da informação e interpretação das mensagens ³.

O desejo de cuidar, a empatia, é essencial, para que enfermeira compreenda a experiência de se ter um filho

internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), tornando a assistência à mãe e a participação da família nos cuidados hospitalares dos recém-nascidos prioridade nos serviços de Neonatologia. A separação do bebê de sua mãe, em decorrência de sua internação na UTIN, faz com que esta sinta tristeza, medo e estresse, pois ela se encontra fragilizada e insegura quanto à vida de seu filho, o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego entre eles. Referem essas mães sentimentos contraditórios, como culpa por se sentirem responsáveis pelo sofrimento do filho e, no mesmo momento, manifestam esperança e resignação ⁴.

A enfermeira necessita, portanto, compreender a extensão do problema que a mãe do bebê está enfrentando, e, assim, poder planejar e implementar uma assistência eficiente, buscando promover uma harmonia durante o período de internação, observando a singularidade de cada caso. A mãe do bebê tende a reagir influenciada por sua herança cultural, baseada em sua vivência. Portanto, a assistência de enfermagem deve ter como base também, o conhecimento dessas reações, sentimentos, significados, hábitos, valores e costumes.

O fato de não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo e embalá-lo, é bastante frustrante para a mãe. Mesmo quando já é possível tocá-lo e acariciá-lo dentro da incubadora, muitas mães se amedrontam diante dessa situação. Esse medo se justifica pela auto-estima afetada, pelo ambiente da UTIN e pela falta de autoconfiança na capacidade de criar o filho.

O choque pela hospitalização de um bebê prematuro ou enfermo pode ser compreendido quando observamos as mães serem confrontadas com um ambiente estressante e confuso, impotentes para assumirem os cuidados com seu filho que apresenta risco de vida. Esses sentimentos podem ser atenuados ou reforçados de acordo com a oportunidade que essa mãe tem ou não de participar, de alguma forma, dos cuidados de seu filho ⁵.

Muitas vezes, as mães não conseguem aceitar o nascimento de um filho diferente do esperado, não são capazes de acatar a realidade, mantendo uma versão idealizada da criança. Nesses casos, torna-se difícil o processo de ligação emocional com o bebê, instalando-se um estado de crise crônica, pois o nascimento de um filho é muito espe-

cial para a família e principalmente para quem o gerou. Esse momento é de transição pelo luto do bebê *imaginário* e adaptação do bebê *real* ⁶.

Acreditamos ser importante o favorecimento do livre acesso e da permanência da mãe na UTIN, pois é primordial a manutenção do vínculo afetivo. Além disso, a mãe tem o direito a permanecer ao lado de seu filho internado por questão de cidadania, garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, embora não seja prática comum nas instituições de saúde ⁷.

A mãe do bebê prematuro tem um sentimento de irrealidade, e, quando vem pela primeira vez encontrar seu bebê, está quase sempre distante, sofre perto da incubadora e interroga-se: - com quem ele se parece? - o que sente? Uma equipe de saúde que não seja coesa quanto ao pensamento da necessidade da participação materna na recuperação do filho propicia, conflitos e distanciamentos dos profissionais, tornando o atendimento fragmentado e pouco afetivo para as mães ⁸.

Uma enfermeira atenta às necessidades da mãe percebe, por meio de observações verbais ou não, os sentimentos e atitudes por ela tomada, procurando compreendê-la, não assumindo uma postura crítica, mas de agente transformador, transmitindo a ela uma visão realista, favorecendo sua participação na recuperação da saúde do seu filho e assim resgatando seu papel de mãe.

É fundamental que na primeira visita da mãe à UTIN, ela esteja acompanhada por um membro da equipe de saúde, pois o trabalho com a mãe é sempre um trabalho de luto, de perda e de separação. Assim, a mãe de um RN de alto risco, assistido nesta unidade merece atenção especial das enfermeiras que ali atuam, constituindo-se sua primeira visita objeto do presente estudo. Acompanhar pode ser interpretado como: estar ou ficar junto a alguém, compartilhando, compreendendo através dos sentidos para dispensar cuidado. Acompanhar é ir a companhia, orientar ⁹.

Conscientes dessa situação que envolve a assistência às mães de RN's internados na UTIN, consideramos relevante desenvolver um estudo de observação participativa dessas experiências, sentimentos e expectativas por elas sentidas, objetivando propor mudanças na metodologia de uma assistência que demonstre o importante papel da mãe frente à recuperação e promoção da saúde de seu filho.

Portanto, este estudo teve como objetivos: investigar a percepção da mãe em sua primeira visita a UTIN e conhecer suas expectativas em relação à recuperação de seu filho, com a finalidade de propor a formação de um grupo de mães, buscando apoiá-las em sua primeira visita e durante a permanência do seu filho na unidade neonatal.

TRAÇADO METODOLÓGICO

Estudo investigatório-descritivo, de abordagem qualitativa que é um tipo de pesquisa que enfatiza especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser ¹⁰. O local escolhido para execução deste estudo foi a UTIN, de uma maternidade pública, na Cidade de Fortaleza, Ceará, considerada de nível terciário, constituindo referência para atendimentos obstétrico e neonatal de alta complexidade.

Os sujeitos da pesquisa foram 20 mães que estiveram com seus filhos internados na UTIN durante o período de agosto a setembro de 2004, e que aceitaram participar da pesquisa. As mães participantes receberam nomes de flores.

Para coleta de dados, utilizamos um instrumento de observação participativa que, permite ao observador ficar dissimulado em seu ambiente de atuação ¹¹. Os dados e a observação da dinâmica da visita foram registrados em um diário de campo, quando a mãe, ao chegar a UTIN, foi ajudada na identificação do seu bebê e após, permaneceu sozinha com ele, quando então foi realizada uma observação participante que englobou dados de comunicação verbal e não verbal, entre eles, reações de medo, dúvidas, ansiedade, se falou ou tocou no bebê, bem como seu interesse sobre seu estado de saúde.

A avaliação foi embasada na interação mãe/filho, pela formação e fortalecimento do vínculo afetivo, demonstrado por gestos e emoções, por meio da fala, do toque carinhoso da mãe ao seu bebê, percebidas pelo observador. Pela comunicação verbal e não verbal, interagimos, tentando nos expressar e clarificar um fato, um comportamento, usando a fala ou expressões faciais, gestos ou posturas ¹².

Foi também aplicada pela pesquisadora uma entrevista utilizando um roteiro com questões semi-estruturadas,

a qual objetivou identificar a percepção da mãe sobre a dinâmica da UTIN, conhecer suas expectativas, emoções e dúvidas em relação à primeira visita e à recuperação de seu filho, e também se encontrou alguma dificuldade de acesso à Unidade e de identificação do seu bebê.

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética Médica da Instituição onde a pesquisa foi desenvolvida e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, de acordo com as diretrizes da Resolução 196 de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde/MS referente a pesquisas com seres humanos.

As participantes foram esclarecidas sobre a relevância e objetivos do estudo, sendo-lhes também assegurados o anonimato e o livre arbítrio na participação do estudo, bem como a liberdade para retirar-se do estudo a qualquer momento, sem que este fato representasse qualquer tipo de prejuízo para si ou para seu filho, e foram solicitadas a assinar um termo de consentimento.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização de cada entrevista, fizemos de imediato a transcrição, para, assim, retratar o contexto entre a informante e o cenário do estudo e, logo depois, líamos todas, comparando as falas que surgiam das entrevistas, os sentimentos das participantes, demonstrados em cada encontro, em cada tentativa de interação.

O objeto de estudo foi fortalecido pela descrição reflexiva das temáticas extraídas dos discursos das participantes¹³. Da temática *expectativas quanto ao futuro*, emergiu a categoria *seqüelas*; da temática *acolhimento*, surgiu a categoria *termos técnicos utilizados pela equipe*; a temática *primeira visita à unidade*, deu origem à categoria *medo*.

TEMÁTICA: EXPECTATIVAS QUANTO AO FUTURO

A internação de um bebê na UTIN representa para ele e sua família uma situação de crise. Isto repercute de maneira especial no surgimento da interação mãe/bebê e pode interferir na formação e estabelecimento dos futuros vínculos afetivos familiares. A ansiedade das mães entrevistadas se desvela em suas falas:

Estou tão feliz o bebê foi transferido para o médio risco, ele está perto de ir embora (Lírio).

A minha expectativa é que ele fique bom logo e receba alta (Orquídea).

[...] eu sinto muita tristeza, porque eu não posso levar o bebê de alta para casa (Violeta).

Observamos nas falas que a alta hospitalar para os pais do RN de alto risco é um momento almejado, mas também de muito estresse. Durante semanas e meses, os pais sentiam-se seguros de que seus filhos estavam sendo cuidados por pessoas treinadas, que poderiam detectar e resolver qualquer problema. Entende-se por alta um procedimento que engloba todas as maneiras pela qual o paciente pode deixar o hospital¹⁴.

É natural que eles se sintam incapacitados para desempenhar este novo papel. É essencial que a mãe acompanhe seu filho durante esta fase, participando dos cuidados, para que possa ser capaz de cuidar dele após a alta e todos se sintam seguros quanto a este aspecto.

CATEGORIA: SEQÜELAS

Nas últimas décadas, o avanço da tecnologia nas unidades neonatais tem contribuído para diminuição da morbimortalidade em RN's. O nascimento antes de 37 semanas de gestação traz riscos à vida extra-uterina em razão da imaturidade dos órgãos e do elevado risco de morbimortalidade neonatal, pós-natal e durante a infância.

Assim como a prematuridade, o baixo-peso ao nascer, também, aparece como causa importante de mortalidade perinatal. Essas crianças têm menores probabilidades de sobreviver e menores condições do desenvolvimento adequado, se comparadas às crianças que nascem com peso normal. Esse fato, quando é conhecido pelas mães, repercute em preocupação, como podemos observar.

[...] eu tenho medo dele ficar problemático, e ser excluído da sociedade e sofrer pelo resto da vida (Hortênsia).

Eu fico só com medo dele ter problema, seqüela (Margarida).

eu tenho dúvidas se ele vai fazer algum tratamento, qual a doença que ele pode ter e se ele vai ter acompanhamento especializado (Margarida).

Percebemos que a perda do controle, o medo de traumatismo corporal, a dor, o estresse da separação da mãe quanto às incertezas do tratamento, contribuem para sua ansiedade. Neste sentido, o foco da assistência ao bebê tem, gradualmente, mudado do cuidado ao bebê para o cuidado centrado na família, como uma nova filosofia de cuidado que situa a família, no lugar do hospital e da equipe, no centro do sistema de prestação de assistência ⁽¹⁴⁾.

A chegada de uma criança com necessidades especiais altera o estilo de vida da família em muitos aspectos. A necessidade de mais tempo disponível para cuidar da criança implica em um dos pais abandonar o emprego, atividades sociais diminuídas, além dos outros filhos que, muitas vezes, ficam relegados a segundo plano. Isto, também requer uma quantidade enorme de energia física e emocional das mães, que podem se sentir exaustas e isoladas ao cuidarem dessa criança 24 horas por dia.

A criança que sai de alta com cuidados especiais e, às vezes, dependendo de algum tipo de tecnologia, como, por exemplo; oxigenoterapia, traqueostomia, dieta por gavagem, dentre outras, em razão das suas necessidades de saúde, torna-se o centro da família, e as atividades do dia-a-dia são dificultadas. Na maioria das famílias, o cuidado desta criança pode provocar sérios problemas financeiros que, associados aos outros fatores estressantes, produzem discórdia conjugal, ciúme nos outros filhos, dentre outros.

TEMÁTICA: ACOLHIMENTO

Acolhimento é receber, ter em consideração ⁽⁹⁾. Para a equipe de enfermagem, é ato de acolher e atender os diferentes integrantes da família do bebê internado na UTIN, procurando facilitar sua inserção nesse ambiente. O acolhimento envolve uma ação não somente física, mas também de cunho afetivo. Assim, o acolhimento tão importante ao bebê durante sua permanência na UTIN deve ser estendido para sua mãe e ampliado para sua família. O objetivo maior do acolhimento é o de fazer com que as experiências

emocionais, que ocorrem nesta fase, sejam entendidas e elaboradas.

É fundamental que, já na primeira visita, esta mãe esteja acompanhada por um profissional de saúde, pois surgem inúmeros problemas a serem enfrentados por ela, entre os quais, o medo da doença e do desconhecido ⁽¹⁵⁾. Com a internação, é normal que a mãe necessite de informações sobre o estado de saúde de seu bebê, como está evoluindo e qual o seu prognóstico, devendo ser cedidas pela equipe atuante na unidade onde ele se encontra. É necessário que a enfermeira ouça as necessidades de informação das mães.

As falas das mães que refletem a necessidade de acolhimento são:

No início tudo é desconhecido, é negro, agora estou me integrando mais com a equipe (Borboleta).

[...] se ele teve algum problema a mais eu não sei, porque não me disseram. Eu já revisei o prontuário dela e não entendi nada (Magnólia).

As mães participantes revelam a necessidade de serem assistidas holisticamente. Para tal, a enfermeira deve ter disponibilidade em receber o outro ser, permitindo à mãe a expressão de seus sentimentos. Para isso, deverá facilitar ao máximo as possibilidades de contato entre a mãe e o bebê, fazendo com que ela o toque, acaricie, mesmo não podendo pegá-lo no colo, quando ainda estiver em estado grave.

Em geral, as unidades neonatais são locais marcados pela tecnologia, onde profissionais atarefados dividem o espaço com os bebês e com toda variedade de equipamentos necessários para suporte de suas vidas. Apesar de os profissionais terem consciência da necessidade do cuidado humanizado, o cuidado técnico ainda impera no ambiente cultural da UTIN. Na estruturação dessas unidades, cada vez mais sofisticadas e burocratizadas, é inevitável a despersonalização do paciente.

Cabe a enfermeira, humanizar esta tecnologia, tirar dela toda frieza e impessoalidade, torná-la aliada na busca de uma vivência menos dolorosa ⁽¹⁶⁾.

CATEGORIA: TERMOS TÉCNICOS UTILIZADOS PELA EQUIPE

São muito grandes a preocupação e a ansiedade dos pais quando seu bebê necessita destes cuidados intensivos especializados. É fundamental manter a calma e a confiança na equipe que está trabalhando intensivamente pela recuperação de seu bebê. Somente dessa forma, cria-se uma corrente positiva, que auxilia muito a todos e, principalmente, o recém-nascido. Apesar de toda a tecnologia usada, cabe às equipes da UTIN trabalhar de forma mais humanizada. As principais dificuldades que surgem nesta área decorrem, muitas vezes, de informações excessivamente técnicas ou, em algumas situações, da informação não fornecida, como podemos perceber pelas respostas das mães:

Eu tenho dificuldade porque nunca me falam o que eu quero saber [...] (Angélica).

Eu não sabia por que ele estava na UTI, e os termos são muito técnicos, gostaria que as informações fossem mais claras, existem muitos aparelhos lá dentro (Borboleta).

Tenho muitas dúvidas sobre esse negócio do peso, se chora perde peso, se a mãe está perto, ganha peso. Fico meio confusa, porque o bebê perde peso (Amélia).

Uma informação inadequada no momento inadequado pode interferir num processo interativo que esteja em formação. Vale lembrar sempre que, a internação de um filho recém-nascido significa uma interrupção na regularidade da vida.

Desta forma, é impossível esperar coerência dos pais nesta situação. O passo em direção a uma melhor relação deve ser dado sempre pelos profissionais de saúde. Para que exista um bom processo de comunicação, a equipe deve se preocupar com o grau de compreensão que a família tem sobre as informações recebidas.

Além disso, existe sempre o medo da família de receber uma notícia ruim. A equipe não deve antecipar prognósticos. Melhor do que falar muito é ouvir para que possa informar a partir das necessidades de cada mãe. À medida

que esta se aproximar cada vez mais do bebê, como da equipe, estará mais apta a trocar informações capazes de facilitar o relacionamento com ambos ⁶.

CATEGORIA: A PRIMEIRA VISITA

Na primeira visita a UTIN, a mãe encontra um ambiente estranho e assustador, uma equipe muito atarefada e um bebê *real* diferente do bebê *imaginário*. A visão desse ambiente novo e assustador, somada, às vezes, a sentimentos de culpa pelos problemas do filho, ocasiona uma experiência de desamparo. Podemos perceber em seus sentimentos expostos uma melancolia sobre o momento do parto, quando este não transcorreu dentro do imaginado, do sonhado.

Na hora que ele nasceu não deu para eu ver o bebê direito, pois tiraram muito rápido (Hortênsia).

Em relação sobre as luzes em cima do bebê, eu não sei se prejudica a visão. As pessoas dizem que ele está bem, mais tenho medo que as pessoas estejam escondendo alguma coisa de mim (Angélica).

Eu senti um vazio, impotência, quando fui ver o bebê, nada estava em minhas mãos, estava nas mãos de Deus (Violeta).

Nas falas as mães demonstram a certeza de que a assistência não deve ser direcionada somente para condutas técnicas operacionais, mas para uma tecnologia associada ao acolhimento, desenvolvendo uma visão esclarecedora, aquela que vem do *coração* do cuidador para o ser que está sendo cuidado em sua integralidade, respeitando sua individualidade.

O nascimento é um momento único, quando, em geral, sonhos, expectativas e objetivos de vida de um casal estão se validando, e eles estão estruturando a própria família. Durante a gravidez, os pais sonharam ter um filho sadio, que pudesse ser levado para casa após o nascimento. Quando esse bebê nasce prematuramente, o contato com a mãe é rápido, muitas vezes, inexistente na hora do nascimento, pois o bebê deverá ser encaminhado a UTIN, onde receberá cuidados especializados na promoção de sua saúde.

As dúvidas que existem nem sempre conseguem ser elucidadas num primeiro contato. Esta é a razão pela qual a mãe deverá ser orientada, acompanhada pela equipe de saúde quanto à aparência do bebê, à variedade de equipamentos que estão conectados a ele e a alguma indicação acerca da atmosfera geral da unidade.

A enfermeira, ao cuidar da mãe do bebê, não deve dirigir seu olhar para ela como um objeto estático, mas focalizá-la como um objeto em transformação constante, sendo agente e sujeito de seu próprio processo de viver, ouvindo suas dúvidas, respeitando sua opinião e incentivando sua participação no processo profissional de cuidar e curar¹⁷.

A equipe de enfermagem deve agir de forma integral, tentando interagir com os membros familiares, atendendo necessidades, apoiando, ensinando e incentivando a participação destes no cuidado¹⁸. Ao receber um bom suporte, ela se vai adaptando lentamente à rotina do ambiente, podendo cuidar do seu filho e desmistificar a percepção do bebê como alguém muito fragilizado. Esse caminho permite que gradualmente ela fique mais próxima, tocando-o, cuidando dele.

As mães separadas de seus filhos nas primeiras horas de vida em unidades de Neonatologia, sendo momentaneamente impossibilitadas de senti-los e acariciá-los por um longo tempo, podem desenvolver uma alteração significativa dos elos afetivos, o processo de afeiçoamento entre o binômio começa, freqüentemente, antes dos movimentos fetais¹⁹.

O início dos movimentos fetais, com freqüência, vai tornar mais aceitáveis crianças não desejadas. Para que esta aceitação tenha sucesso, um dos grandes artifícios utilizados é colocar a mãe em contato com seu filho logo após o nascimento. Quando isso não é possível, ou seja, quando o RN ou a mãe necessita de cuidados de urgência, a aproximação deve ser feita o mais rápido possível, podendo ser no leito da mãe ou na unidade neonatal.

Esta atitude fortalece o vínculo mãe-filho, portanto, a enfermeira deve ser agente de mudança como educadora, minimizando carências, abrindo horizontes, gerando mais saber e confiança, respeitando e compreendendo hábitos, crenças e modos de conduta de cada família a quem assiste ao cuidar de seu mais novo membro²⁰.

CATEGORIA: MEDO

O RN prematuro requer, muitas vezes, períodos de hospitalização prolongados numa unidade de internação neonatal, acontecimento esse que separa abruptamente a mãe do filho, podendo ocasionar estresse psicológico nos familiares, especialmente na mãe. Os primeiros contatos entre mãe e filho constituem experiência difícil e angustiante para ambos, quando experimentam sentimentos de afeição, dúvida, medo, e só a partir de então começam a se conhecer um ao outro, a fazer trocas mútuas e, desta maneira, estabelecem gradativamente o apego entre mãe e filho¹⁴.

Todos estes sentimentos criam estresse, fazendo com que esta mãe tenha dificuldade de se aproximar de seu filho e medo de tocá-lo. Podemos constatar em suas falas o medo presente nesse primeiro contato, nesse primeiro *olhar*.

Eu tenho medo de machucá-lo, uma coisa tão sensível, medo de desligar o aparelho (Angélica).

Ele é muito pequeno, porque eu tenho medo de quebrar, eu não gostava de mexer (Violeta).

As pessoas não me diziam como tocar, eu tinha receio, eu não quis perguntar e ninguém me informou. [...] medo de contaminar (Borboleta).

Eu tenho medo porque o outro faleceu, muito triste, chorei muito (Jasmim).

Durante a gestação o casal constrói imagens, sonhos e esperanças ao redor deste “ser” que eles imaginam com um rosto bonito, gordinho, saudável, ativo e perfeito. O nascimento de um recém-nascido enfermo, com alguma deformidade ou defeito congênito, ou prematuros bem pequenos e frágeis, vem desfazer este sonho, trazendo desapontamento, sentimento de incapacidade, culpa, medo da perda.

O luto bloqueado e não resolvido pode causar serias alterações no ajuste social dos pais e criar graves problemas de relacionamento, sendo freqüentes as separações familiares. No Brasil, surgiram, após pesquisas, resultados positivos com o grupo de mães de crianças internadas em UTIN, quanto à resolução de conflitos entre médicos e pais, resultando na diminuição de altas a pedido⁶.

Muitas mães têm medo de tocar e acariciar o bebê dentro da incubadora ou de pegá-lo no colo, quando isso é possível.

Esse medo não vem somente da estranheza pelo ambiente hospitalar, mas, possivelmente, porque a autoestima da mãe está afetada; surge o medo de fazer mal ao bebê e a confiança na própria capacidade de criar o filho fica seriamente abalada²¹. Algumas mães demonstram sentimentos de inutilidade ao perceberem que somente os profissionais de saúde podem proteger seus bebês.

Acreditamos na formação de um grupo de apoio às mães como uma maneira de mantê-las ativamente participantes do tratamento do seu filho, auxiliando-as a formar um vínculo saudável com este novo membro familiar, muitas vezes, com seqüelas. As mães envolvidas num grupo de apoio realizam mais visitas a UTIN e interagem mais com seus filhos, tocando-os, conversando com eles e olhando face a face, do que as que não participam dos grupos⁽²¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, existem inúmeras pesquisas acerca de um cuidado mais humanizado, mas o que constatamos são UTIN's cada vez mais sofisticadas, equipadas com aparelhos modernos e uma equipe super atarefada e mecanicista, que freqüentemente se esquece do seu objetivo principal, que é a assistência individualizada ao bebê e conseqüentemente a sua família.

A quebra do vínculo mãe/bebê já se inicia na sala de parto, principalmente quando essa tem o seu filho prematuramente, e o bebê, após o seu nascimento, é rapidamente separado dela, não lhe sendo permitido, muitas vezes, a chance de vê-lo, tocá-lo e nem sequer saber para qual local o estão levando. Começa neste momento uma miscelânea de sentimentos e muitas dúvidas em relação ao destino do seu bebê e acerca de quais são suas chances de sobrevivência.

Esta mãe geralmente chega a UTIN, para visitar pela primeira vez seu bebê, sozinha, sem apoio de um profissional, ficando mais ansiosa em relação ao estado de saúde do seu filho. Enfrenta um percurso longo e doloroso, que é o da enfermaria onde se encontra internada até a Unidade Neonatal, muitas vezes, apresentando dores e com muito medo do que irá encontrar. Ela se pergunta como seu bebê

está, se ele tem alguma malformação, e quando poderá, enfim, aninhá-lo em seus braços.

A visão do ambiente estressante da UTIN, somado com o estado de saúde do seu bebê, resultaram em sentimentos de medo, angústia, dúvidas e ansiedade. Algumas mães informaram preocupação em relação ao futuro do seu bebê, no que diz respeito à alta hospitalar e possíveis seqüelas que poderiam ocorrer. Nesta situação, torna-se imprescindível que a equipe de enfermagem esteja do lado da mãe, tirando suas dúvidas de forma clara, de modo que possa entender e assim acolher esta mãe, informando, orientando e, principalmente, fortalecendo o vínculo afetivo entre mãe/bebê. Dessa forma, o grupo de apoio às mães será desenvolvido na Unidade de Internação Neonatal, com a participação da enfermeira atuante na UTIN, por esta ser familiarizada com o ambiente e as emoções que desperta no binômio mãe/bebê.

Acreditamos que, acolhida dessa forma, a mãe se sentirá mais segura e tranqüila para se aproximar do seu bebê que até então parecia um desconhecido e não tinha nenhum traço familiar. Cabe a nós, enfermeiras, transformar este ambiente tão hostil da UTIN em um local harmonioso onde as mães possam se sentir menos ansiosas e mais aptas ao cuidado do seu bebê, torná-las membro participativo no tratamento de saúde de seu filho.

Desejando conhecer mais a vivência das famílias, em especial das mães, durante o período de internação de seu filho, e por acreditarmos ser de extrema importância o seu acompanhamento, por profissionais, em sua primeira visita à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, é que sugerimos o estabelecimento de um vínculo de confiança entre estas e a enfermeira, por meio de encontros e de formação de grupos, nos quais os sentimentos dessas mães possam ser compartilhados em busca de respostas para suas dúvidas e anseios.

Ao finalizar este estudo, percebemos, o quanto ainda há por fazer no sentido de que os profissionais que atuam nas UTIN's, principalmente a enfermeira, repensem sua práxis permeadas por uma visão existencial-fenomenológica-humanística, buscando oportunidades de crescimento científico e emocional, visando a favorecer a permanência da mãe na unidade, demonstrando o quanto ela é importante para a recuperação do seu bebê, resgatando-o, assim, para o seio familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Unguerer RLS, Miranda ATC. História do alojamento conjunto. *J Pediatr*. 1999; 75(1):5-10.
2. Centa ML, Moreira EC, Pinto MNGHR. A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm* 2004 Jul-Set; 13(3): 444-51.
3. Reis JD, Vetorelli SP, Vieira MRR. Família do recém-nascido em UTI: há comunicação com o enfermeiro? In: *Anais do 8ª Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*; 2002. Maio 2-3; Santa Catarina. p. 1-6. [on line] [acessado em 2005 set 28]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php>
4. Gomes MME. Ter um filho internado na UTI Neonatal: significado para os pais. [dissertação] São Paulo (SP): EPM/UNIFESP; 1992.
5. Lamy ZC. Estudos das situações vivenciadas por pais de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
6. (BR) Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-Projeto Mãe-Canguru Brasília; 2002.
7. (BR) Ministério da Justiça. Lei nº 8.069, de 13/07/1.990. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília (DF), 1991.
8. Belli MAJ. Assistência à mãe de recém-nascido internado na UTI Neonatal: experiências, sentimentos e expectativas manifestadas por mães. *Rev Esc Enfermagem USP* 1995 Ago; (29) 2: 193-210.
9. Bueno S. Dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. São Paulo: Ediuoro; 2004.
10. Haguette TME. Metodologia qualitativas na sociologia. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
11. Polit DE, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos avaliação e utilização 5ª ed. Porto Alegre: ArtMéd; 2004.
12. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Rio de Janeiro: Edições 70; 1979.
14. Madeira L.M. Alta hospitalar da criança: implicações para a enfermagem. Faculdade de Saúde Pública. [on line] [Acessado em 2004 set 28] Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/MADEIRA.HTM>>.
15. Saccuman E, Sadeck LSR. Assistência aos pais de recém-nascido de risco. In: Leone CR, Tronchin DMR. Assistência integrada ao recém-nascido. São Paulo: Atheneu; 1996.
16. Rolim KMC. A enfermagem e o recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. [dissertação] Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2003.
17. Elsen I. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: UFSC; 1994.
18. Rolim KMC, Campos ACS, Oliveira MMC, Cardoso MVLML. Sensibilizando a equipe de enfermagem quanto ao binômio mãe-filho. *Enfermagem Atual*, 2004; (4)21: 30-3.
19. Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
20. Aragão CP. et al. Conhecimento e práticas de saúde da família da criança hospitalizada: um estudo exploratório. *Texto & Contexto Enfermagem*, 1993; 2(2): 23-32.
21. Baldini SM, Krebs VLJ. Grupos de pais: necessidades ou sofisticação no atendimento em unidades de terapia intensiva? *Pediatria* 1998; 20(4): 323-31.

RECEBIDO: 21/11/04

ACEITO: 16/06/05