

Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal

Mothers' experience in neonatal intensive care unit

Vivencia de madres en unidad de terapia intensiva neonatal

Laurita da Silva Cartaxo^I; Jamili Anbar Torquato^{II}; Glenda Agra^{III}; Maria Andréa Fernandes^{IV};
Indiara Carvalho dos Santos Platel^V; Maria Eliane Moreira Freire^{VI}

RESUMO: Estudo descritivo e quantitativo, que objetivou verificar a vivência de mães de recém-nascidos prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 20 mães, no período de novembro a dezembro de 2010, numa maternidade pública de João Pessoa, Paraíba. Os dados foram analisados à luz da técnica do discurso do sujeito coletivo. Os resultados mostraram que a experiência de ser mãe de um bebê prematuro é muito difícil, deixando-a estressada, com estado emocional fragilizado, realçado por medo da perda do filho, embora reconheça a necessidade do tratamento. Assim, o estabelecimento do vínculo e do toque entre a mãe e o filho tornam-se imperativos para fortalecer o afeto, o apego, a aceitação, pois ao perceber que pode prestar cuidados ao filho, mesmo que hospitalizado, a torna mais confiante e capaz de superar dificuldades e medos.

Palavras-Chave: Experiência de vida; mães; prematuro; unidade de terapia intensiva neonatal.

ABSTRACT: The aim of this quantitative and qualitative descriptive study was to consider the experience of the mothers of premature newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit. Data were collected by semi-structured interviews of 20 mothers at a public maternity facility in João Pessoa, Paraíba, in November and December 2010, and analyzed in the light of the collective subject discourse technique. Results showed that being a mother of a newborn premature is a very difficult experience, which leaves mothers emotionally fragile, afraid of losing their child, but recognizing the need for treatment. Accordingly, bonding and touch between mother and child are important to strengthen affection, attachment and acceptance. When they realize they can provide care for their child, even though hospitalized, they become more confident and able to overcome difficulties and fears.

Keywords: Lived experience; mothers; premature; neonatal intensive care units.

RESUMEN: Estudio descriptivo y cuantitativo que objetivó verificar la vivencia de madres de recién nacidos prematuros internados en unidad de terapia intensiva neonatal. Fueron hechas entrevistas semiestructuradas con 20 madres, de noviembre a diciembre de 2010, en una maternidad pública de João Pessoa – PB - Brasil. Los datos fueron analizados a la luz de la técnica del discurso del sujeto colectivo. Los resultados revelaron que la experiencia de ser madre de un bebé prematuro es mucho difícil haciéndola estresada, con estado emocional fragilizado, todo eso por miedo de la pérdida del hijo, sin embargo reconozca la necesidad del tratamiento. Así el establecimiento del vínculo y del toque entre la madre y el hijo se vuelven imperativos para fortalecer el afecto, el apego, la aceptación, pues percibiendo que puede cuidar del hijo, aunque hospitalizado, la madre se siente más confiante y capaz de superar dificultades y miedos.

Palabras Clave: Experiencia de vida; madres; prematuro; unidad de terapia intensiva neonatal.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho prematuro configura-se como um evento estressante para a família, por se deparar com uma situação imprevisível que induz a ansiedade. Devido às condições de instabilidade

orgânica do bebê e à necessidade de cuidados médicos especializados oferecidos em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal^{VII} (UTIN), a mãe passa a vivenciar a separação do bebê prematuro, a incerteza de

^IEnfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. Docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Assistência à Saúde Humana. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: lauritacartaxo@bol.com.br

^{II}Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo. Coordenadora da Especialização em Fisioterapia Cardiopulmonar e Hospitalar da Universidade Cruzeiro do Sul. Docente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Cruzeiro do Sul. São Paulo, Brasil. E-mail: jamilianbar@yahoo.com

^{III}Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar. Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba. Docente da Universidade Federal de Campina Grande. Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Bioética. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: g.agra@yahoo.com.br

^{IV}Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Saúde Coletiva. Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Bioética. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: andrea.fernandes75@hotmail.com

^VEnfermeira. Especialista em Enfermagem em Saúde Coletiva e Enfermagem do Trabalho. Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Bioética. João Pessoa, Paraíba, Brasil. Email: indiaracs@hotmail.com

^{VI}Enfermeira. Mestre e Docente da Universidade Federal da Paraíba. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: enf_elimoreira@hotmail.com.

^{VII}Artigo extraído da dissertação Vivências de mães de recém-nascidos prematuros internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal.

sua evolução clínica e de sobrevivência¹. A família começa a criar uma distorção da imagem ideal do recém-nascido, e isso cria dificuldades, pois existirá uma discrepância em relação à imagem real do bebê prematuro. Logo, a família reorganizará o seu quadro imaginário, a fim de ajustá-lo à imagem de um recém-nascido pequeno e frágil².

O número de internações em UTINs é considerado elevado, mediante as situações anormais de nascimento, como prematuridade, baixo peso ao nascimento, anóxia, malformações e outras situações clínicas que predis põem os recém-nascidos a tratamentos especializados para conseguirem sobreviver. Aos pais, esta situação causa impacto, sofrimento, altos níveis de ansiedade, depressão, hostilidade, sentimentos de tristeza, melancolia, problemas de ajustamento psicossocial, principalmente por parte das mães e muitas expectativas quanto ao tratamento do filho^{3,4}.

Em UTIN, o recém-nascido passa por diversos procedimentos e intervenções, como aspiração, intubação, cateterismo, punção venosa, entre outros, que permeiam todo o tratamento durante sua internação. Assim, a mãe vivencia momentos de dor e de grandes conflitos, visto que, durante a gestação, provavelmente, imaginava que teria um bebê saudável. O nascimento de um bebê enfermo desfaz esse sonho e traz desapontamentos, sentimento de incapacidade, culpa e medo da perda⁵.

A essa condição, somam-se inúmeros problemas a serem enfrentados pela mãe, entre os quais, o medo da doença, do desconhecido, do ambiente hospitalar dotado de aparelhos e equipamentos de alta tecnologia, o contemplar a real situação em que o filho se encontra, que na maioria das vezes, culmina em crise emocional⁶.

No tocante ao processo de hospitalização da criança, têm sido observadas transformações na assistência neonatal, a exemplo da inserção da família nesse contexto, com acompanhamento da mãe durante a internação do filho, direito consolidado no Estatuto da Criança e do Adolescente⁷.

Partindo do pressuposto de que mães de recém-nascidos internados em UTIN demandam cuidados especiais, é imprescindível conhecer os aspectos emocionais e sociais vivenciados por elas e oferecer suporte para o desempenho do papel materno nesse momento, devendo-se fortalecer o vínculo mãe-filho.

Estudo realizado nesta área retrata as diferentes reações das mães diante da internação dos filhos em UTIN, onde a receptividade e a comunicação entre os profissionais podem não acontecer de forma esperada e a vulnerabilidade emocional das mães, em especial, nem sempre ser considerada. Ademais, na arte de cuidar, a comunicação é essencial e funciona como uma opção terapêutica⁸.

Nesse contexto, a equipe da UTIN deve estabelecer uma relação empática com as mães, com o propósito de assistir seres especiais e as famílias no enfrentamento da doença e do sofrimento, para que busquem significado positivo dessa vivência, quando possível⁹.

Nessa perspectiva, buscando compreender como as mães de recém-nascidos prematuros internados em UTIN vivenciam essa experiência, o presente estudo teve como objetivo verificar a vivência de mães de recém-nascidos prematuros internados nessa unidade.

REVISÃO DE LITERATURA

A separação decorrente da internação hospitalar de um recém-nascido gera, nos pais, tristeza, medo e estresse; eles se encontram fragilizados e inseguros quanto à vida de seu filho, experimentam sentimentos contraditórios como culpa, responsabilizam-se pelo sofrimento do filho e, no mesmo momento, ou mesmo após dias, manifestam esperança e resignação¹⁰.

A internação do recém-nascido prematuro na UTIN é uma situação de crise para toda a família, principalmente para a mãe. Esse é um ambiente estranho e assustador, além de que o bebê real é diferente do imaginário, e o sentimento de culpa pelos problemas do filho atua como fatores inibidores do contato espontâneo entre pais e bebês¹¹.

Para a mãe, estar na UTIN com seu filho, enquanto deveria estar apropriando-se dos cuidados dele em sua casa, faz com que ela sinta perda de sua função de maternagem, tendo assim, dificuldade de reconhecer-se como mãe e muitas vezes de reconhecer seu bebê, pois há uma equipe que se apropria dos cuidados que deveriam ser dela¹².

Os sentimentos maternos em relação a um bebê prematuro podem ser atenuados ou reforçados segundo a oportunidade, ou não, dessa mãe participar, de alguma forma, dos cuidados do filho. A privação da mãe para o cuidado de seu filho, que geralmente ocorre durante a hospitalização, gera confusão sobre o que se espera dela nesse período¹³.

A falta de oportunidade de a mãe interagir afetivamente com seu filho hospitalizado pode levar a um prejuízo do apego e ocasionar desordens no relacionamento futuro de ambos. Estudos evidenciam que o sentimento de apego se desenvolve desde a vida intra-uterina e que é fundamental o contato mãe e filho nos momentos iniciais da vida pós-natal¹⁴.

Desse modo, é imperativo o planejamento de intervenções que possam ser realizadas no intuito de estimular o vínculo entre pais e filhos, bem como o de favorecer a adaptação destes nas unidades neonatais, como o livre acesso e a permanência dos pais na unidade neonatal, o incentivo para o contato físico com o neonato e o cuidado precoce, a implantação e estruturação de grupos e redes de apoio aos pais e fa-

miliares com a cooperação da equipe multiprofissional, como também a tomada de decisões compartilhadas sobre a assistência ao prematuro¹⁵.

Para a concretude dessas ações é necessário que os profissionais desenvolvam uma interação efetiva, compreendam a vivência desses pais nessa fase da vida, possam lhes oportunizar espaço legítimo para que expressem seus sentimentos e, ofereçam elementos concretos e facilitadores para que ocorram transformações possibilitando-os superar barreiras e se movimentarem em direção à aproximação e interação com seu filho¹⁶.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. No estudo descritivo fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferências do pesquisador¹⁷.

O estudo foi realizado nos meses de novembro e dezembro de 2010, com a participação de 20 mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN de uma maternidade pública, localizada no município de João Pessoa/PB. A seleção das participantes se deu por acessibilidade, conforme critérios de inclusão estabelecidos, como ser maior de 18 anos e que estivesse acompanhando o filho na UTIN durante a coleta.

Para obtenção dos dados foi empregada a técnica de entrevista, realizada numa sala da maternidade, a partir de um roteiro semiestruturado com questões relacionadas aos objetivos propostos.

Os dados sociodemográficos e do histórico obstétrico foram submetidos à análise estatística, após calcular as frequências absolutas e percentuais.

Os dados foram organizados e analisados com suporte no discurso do sujeito coletivo (DSC). Essa técnica torna mais claro o conjunto das representações que confirma um dado imaginário¹⁸. Os procedimentos para análise tiveram início com leituras exaustivas do material até permitir a identificação das ideias primárias do plano de análise. Em seguida, foram selecionadas as expressões-chave de cada discurso, que permitiu a identificação da ideia central de cada uma delas, representando, assim, a síntese do conteúdo dessas expressões, que compõe o discurso do sujeito coletivo.

Esta pesquisa atendeu às recomendações da Resolução nº 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os dados foram coletados após emissão do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Emília de Rodat (051/2010) e anuência das participantes pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando-lhes o anonimato, a utilização exclusiva dos dados para este estudo e o direito de retirar o consentimento se assim o desejassem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Das 20 (100%) puérperas participantes do estudo, 13 (65%) tinham idade entre 18 e 29 anos e 7 (35%), entre 30 e 39 anos. No que diz respeito à situação conjugal, 9 (45%) das entrevistadas eram casadas, 6 (30%) tinham união estável, e 5 (25%) declararam que eram solteiras. Em relação à escolaridade, 11 (55%) puérperas tinham nível de instrução do ensino médio; 7 (35%) o ensino fundamental; 1 (5%) com ensino superior e 1 (5%) sem escolaridade.

No que se refere à história obstétrica destas participantes, foi verificado que 9 (45%) eram primíparas, enquanto 11 (55%) eram múltiparas. No período gestacional, foi identificado que 11 (55%) puérperas fizeram de quatro a seis consultas pré-natais; 4 (20%) fizeram de uma a três consultas; 3 (15%) fizeram mais de sete consultas nesse período, e 2 (10%) tiveram essa informação ignorada ou ausente no prontuário. Quanto ao tipo de parto, foi registrado que 12 (60%) puérperas foram do tipo cesariana, e oito (40%) tiveram parto normal. Acerca da idade gestacional, 10 (50%) das puérperas tiveram seus recém-nascidos entre 24-30 semanas e 30-36 semanas, e as outras 10 (50%) correspondem à totalização das gestações pré-termo.

Discursos do sujeito coletivo

Para elaborar esta parte do estudo, foram revelados os questionamentos e os discursos-sínteses (DSC), de onde emergiram as respectivas ideias centrais, dispostas em figuras.

O DSC, diante da 1ª questão, foi expresso na ideia central 1; revela sentimentos e desejos das participantes, sinalizados por tristeza, sofrimento e medo, considerando sua inexperiência e incapacidade de prestar cuidados maternos, frente à fragilidade e à delicadeza inerentes à prematuridade. Ver Figura 1.

Um parto prematuro causa, nas mães, reações de choque decorrentes do nascimento inesperado e, mais frequentemente, do aspecto frágil do bebê. Essa percepção gera insegurança para a família, especialmente para a mãe¹⁹. Ao vivenciar a hospitalização do filho na UTIN, as mães adentram numa nova realidade, quase sempre, permeada por momentos difíceis, que geram tristeza, dor e desesperança²⁰.

Esta experiência gera nas mães alteração do equilíbrio emocional, em que algumas não conseguem ou não tem oportunidade de expressar o sofrimento, mantendo-se caladas, sofrendo sozinhas. Esta fase pode durar poucos dias ou prolongar-se por meses, ficando na expectativa de que tudo isso vai passar¹².

Assim, a compreensão dos sentimentos de mães nesse momento pode ser considerada subsídio importante para o planejamento de ações de acolhimento

Questão 1: Como tem sido para a senhora ser mãe de um bebê prematuro?

Ideia Central 1: Uma experiência muito difícil

Discurso do Sujeito Coletivo

É muito triste saber que meu filho está aí dentro, sem poder levar para casa agora; Meu maior medo era dele não viver; Tem sido muito difícil [...] tomar conta de um bebê prematuro, ainda mais que fiquei muitos dias sem pegar nele; É sofrido, é uma luta; Tem hora que dá depressão, boto para chorar, porque é pequenininho, a gente tem medo de pegar, é bem delicado [...] vai requerer muito cuidado. Vontade dele sair logo dali, ir pra junto de mim; [...] farei o máximo para dar muito amor e atenção a ele.

FIGURA 1: Ideia central 1 e discurso do sujeito coletivo, em resposta ao questionamento 1. UTIN, João Pessoa-PB, 2010.

pela equipe multiprofissional na UTIN, contribuindo para maior enfrentamento da situação.

O DSC, ante a 2ª questão, desvelou a ideia central 1, que expressa a opinião das mães sobre o tratamento do filho na UTIN. Embora considerem assustadores e estressantes as tecnologias utilizadas neste ambiente julgaram necessário o tratamento tendo em vista a expectativa de melhora para eles. Ver Figura 2.

No tocante aos recursos tecnológicos utilizados no tratamento dos prematuros, as entrevistadas expressaram, em seus discursos, a angústia sentida ao se deparar com a real situação dos recém-nascidos: usando aparelhos e cateteres, incubadora, fototerapia, bomba de infusão, sonda nosogástrica, cateter umbilical, cateter nasal, oxímetro de pulso, entre outros recursos terapêuticos necessários à manutenção da vida e recuperação da saúde deles¹².

O frequente manuseio do recém-nascido e os procedimentos realizados de forma mecânica e técnica, determinados pela rotina da UTIN, não respeitam, muitas vezes, as necessidades de conforto, sono e repouso deste ser em processo de desenvolvimento. Além da rotina intensiva de cuidado ao prematuro, ainda se privilegia a tecnologia em detrimento do cuidado humanizado².

Nas entrelinhas dos depoimentos das mães, revela-se a quebra do simbolismo de parir e não ter o filho nos braços, pelo afastamento imposto devido ao uso de equipamentos diversos e procedimentos terapêuticos que os prematuros são submetidos; tais impressões foram igualmente identificadas em pesquisa sobre representações de mães de hospitalização do filho prematuro¹⁴.

A esse respeito, o DSC revela o quão é difícil para uma mãe ver seu filho envolto por aparelhos e expostos a procedimentos dolorosos, deixando-as impotentes e

Questão 2: O que a senhora tem a dizer sobre o tratamento do seu filho na UTIN e quais suas impressões sobre este ambiente?"

Ideia Central 1: É estressante, assustador.

Discurso do Sujeito Coletivo

É bom, mas só que é um pouco assustador vê-lo naquelas máquinas [...]; Quando vi meu filho entubado, precisando de um monte de aparelho, é uma dor muito grande; Os aparelhos são bons! [...] fico muito agoniada quando entro ali! Aqueles aparelhos apitando, a gente pensa que está acontecendo alguma coisa ruim! Pela melhora dele, fico o tempo que for preciso.

Ideia Central 2: Ambiente de cuidados adequados para o prematuro.

Discurso do Sujeito Coletivo

Tem hora que acho que estou incomodando demais [...] o importante é eu estar ali pertinho dele [...] não importa a hora; Já chorei muito, mas, agora estou um pouco mais calma; É bom! Porque ajuda a criança a se desenvolver [...] em todos os sentidos. Lá tem muitos cuidados, eles estão sempre [...] cuidando muito bem [...] acho que para o bebê prematuro, que está lá é confortável. Fico muito nervosa, mas depois, converso com as médicas, com as meninas e elas me tranquilizam bastante. As enfermeiras são dedicadas. Vejo que os profissionais estão sempre atentos às suas atividades, são boas as minhas impressões daquele ambiente.

FIGURA 2: Ideias centrais 2 e 3 e o discurso do sujeito coletivo, em resposta ao questionamento 2. UTIN, João Pessoa-PB, 2010.

fragilizadas diante da situação; é imperativo, portanto, que recebam um suporte emocional tanto dos profissionais envolvidos, como de familiares próximos.

Na análise do DSC frente à 2ª questão, emergiu, ainda, a ideia central 2, as mães demonstram compreensão de que se trata de um ambiente adequado ao cuidado do filho prematuro e revelam sentir-se tranquilas e seguras, mesmo diante do nervosismo e medo em alguns momentos, pois contam com atenção dos profissionais da UTIN, que aliviam suas ansiedades e angústias. Ver Figura 2.

Tais discursos evidenciam a ambivalência na percepção do significado da UTIN, como sentimentos de dor e sofrimento pela hospitalização do filho em contraponto com a segurança em relação ao tratamento que estão recebendo nesta unidade.

É prudente realçar que o processo de adaptação da mãe à hospitalização do filho parece sofrer influência de fatores externos como social, cultural e familiar. As histórias de vida e as experiências diferentes refletem sentimentos e atitudes que variam entre pessoas¹³.

O tipo de assistência fornecida pela equipe pode levar as mães a expressarem seus sentimentos e suas angústias, medos e ansiedades; pode aliviar o sofrimento da família em relação ao seu filho e fortalecer o vínculo mãe-bebê⁵.

Dessa forma, destaca-se que é imperativo incluir a mãe e a família no ambiente da UTIN. É preciso estabelecer um canal de comunicação efetivo entre profissionais e pais e tornar esta experiência menos sofrida, tornando os laços afetivos e a confiança materna aliados no processo de assistência frente ao bebê prematuro.

Diante da 3ª questão, a ideia central 1, que emergiu do DSC, revela que as mães valorizam os cuidados intensivos dispensados a seus filhos e destacam que a equipe demonstrou além de competência, dedicação, carinho e amor, conforme mostra a Figura 3.

É fato que, na UTIN, o foco de atendimento é o recém-nascido prematuro⁴. Para promover uma assistência humanizada e centrada no binômio mãe-filho, a equipe de enfermagem deverá estar atenta para valorização do potencial da mulher que vivencia a maternidade e refletir sobre o estado de ansiedade e incerteza diante de um filho prematuro sob tratamento intensivo, de forma que a assistência contemple as reais necessidades do ser mãe¹⁰.

A enfermeira deve reconhecer a mãe como participante ativa nos cuidados prestados à criança, permitir que tenha livre acesso ao seu filho, treinando-a para cuidar do bebê e dando-lhe liberdade de expressar sua visão do mundo-vida. Deverá ainda ter

Questão 3: Como tem sido o cuidado do seu bebê na UTI e qual a sua opinião sobre sua relação com os enfermeiros e médicos deste setor?

Ideia Central 1: O cuidado é intensivo, mas, carinhoso.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eles cuidam muito bem [...] Qualquer 'coisinha' estão em cima, estão cuidando; olhando; vendo, é muito bom, estou satisfeita; Saio de lá conformada [...] tranquila, porque eles estão cuidando muito bem dele; Sempre tem uma pessoa com ele; Eles dão boa assistência ao bebê prematuro, [...] estão sempre atentos; [...] enquanto não descobre o que é que eles têm, ficam ali insistindo, fazendo os exames. As enfermeiras dão banho, trocam fralda e fazem carinho neles, chega a emocionar a gente, dão carinho do jeito da gente!

Ideia Central 2: A relação é amável e atenciosa.

Discurso do Sujeito Coletivo

É ótimo [...], eu gostei de todo mundo [...] eles tratam a gente com muito amor, carinho. Dão muita atenção, estão sempre ali, presentes; Converso[...] faço muitas perguntas[...], eles nos esclarecem tudo; São pessoas boas. Trabalham super bem! Eles fizeram de tudo pra dar a vida pra [...] minha bebê; O pessoal da UTI é muito atencioso!

Ideia Central 3: É um pouco difícil se relacionar com alguns profissionais

Discurso do Sujeito Coletivo

Olha, depende muito dos plantões [...] tem funcionários que atendem com maior paciência, com maior amor, e outros ignoram a sua presença, fazem de conta que você não é ninguém, e até quando você faz as perguntas, eles respondem, assim... com um tom bem... não são todos?! Mas a gente sabe que em toda área tem os bons e os maus profissionais, e, ali, não é diferente.

FIGURA 3: Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo da pesquisa, em resposta ao questionamento 3.UTIN, João Pessoa-PB, 2010.

sensibilidade para perceber o momento de angústia da mãe, a fim de motivá-la a encarar a realidade de forma otimista, buscando compreender melhor o que está ocorrendo na sua experiência vivida. É no atendimento das reais necessidades maternas que equipe e mãe favorecem a intersubjetividade, o compartilhar, de forma a alcançar a compreensão de como cuidar do filho.

Ainda, quanto à 3ª questão, o DSC da ideia central 2 denota, essencialmente, a satisfação das mães com a relação estabelecida entre elas e a equipe profissional da UTIN. Ver Figura 3.

O viver do homem se caracteriza por um constante estar com os outros e com as coisas que fazem parte do mundo a seu redor. Assim, relacionar-se com os outros faz parte da existência humana, tornando o ser capaz de tocar e de se deixar tocar pelo outro²¹.

As dificuldades no processo de comunicação de familiares com a equipe têm sido reveladas em estudos realizados com mães acompanhantes de filhos prematuros¹⁵. No entanto, fica evidente nos depoimentos das participantes deste estudo que, a partir de uma convivência e interação empática com os profissionais, as estratégias de enfrentamento da situação se fortalecem, ajudando-as a superarem os medos. Uma convivência harmoniosa e de apoio, nessa situação, estimula o vínculo a ponto de se sentirem relativamente familiarizadas no ambiente de internação da criança.

Por outro lado, o DSC da ideia central 3, referente à 3ª questão, aponta para um descontentamento de algumas participantes com certos membros da equipe profissional, deixando subentendido nas entrelinhas dos depoimentos que há profissionais na unidade que não dão a devida importância à sua presença, assistindo apenas à criança. Tal assistência significa trabalhar paralelamente com seus pais, porque são os representantes diretos do bebê, e em particular, as mães, pois o filho representa uma extensão de seu ser.

Estudos nesta linha de atenção revelam que é necessário que os profissionais estejam instrumentalizados para lidar com situações do cotidiano, recebendo auxílio psicológico e aprendendo a administrar sentimentos vivenciados na prática assistencial²⁰. É fundamental o incentivo à equipe, a valorização dos profissionais, pois quando se sentem cuidados, respeitados e motivados podem estabelecer relações interpessoais mais significativas e saudáveis com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional.

É oportuno repensar sobre a forma como conduzimos nossa assistência, a fim de contemplar não apenas as atividades práticas, técnicas, mas proporcionar, sobretudo, um acolhimento, atencioso, humanizado à mãe e ao recém-nascido, integrantes de um todo biopsicossocial.

CONCLUSÃO

A análise dos discursos de mães de recém-nascidos prematuros internados em UTIN permitiu a compreensão do fenômeno investigado. Elas revelaram que esse ambiente mobiliza as emoções e causa sofrimento, estando diretamente ligado a fatores e influências que afetam o vínculo afetivo mãe-filho, fragmentando a formação do apego entre eles.

Na ambivalência dos discursos das mães, destacam-se os aspectos paradoxais da UTI neonatal, vida e morte, medo, insegurança, dor, sofrimento, separação e risco de morte do recém-nascido, contrapondo-se ao mesmo tempo ao seu valor reconhecido de salvar vidas. Assim, foi retratada a UTIN como o ambiente assustador, porém necessário. As mães participantes fizeram expectativas sobre a melhora do estado do filho, mesmo vivenciando a internação, a prematuridade e os conflitos gerados pelo processo vivido.

Ao expressarem uma boa relação com a equipe de saúde da UTIN, as mães mantiveram uma relação de confiança com esses profissionais, relatando tranquilidade e segurança nos cuidados por eles dispensados às crianças, o que resultou em alívio de ansiedade.

Compreender os sentimentos dessas mães é procurar resgatar seu próprio valor moral enquanto seres no mundo, buscando sempre atender suas necessidades, a fim de proporcionar afetividade e segurança ao filho internado.

A partir dessas constatações, é preciso um novo olhar frente ao atendimento neonatal, devendo ser contempladas não apenas as necessidades psicobiológicas do prematuro, mas, especificamente, as dimensões emocionais e socioeconômicas das mães fragilizadas diante das condições de prematuridade de seus filhos.

REFERÊNCIAS

1. Araújo BBM. Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re)conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais [dissertação de mestrado]. [Internet] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. [citado em 07 abr 2014]. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=89337
2. Araújo BBM, Rodrigues BMRD. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2010. [citado em 07 mar 2014]; 14: 284-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/10.pdf>
3. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde. 2011. [citado em 20 mar 2014]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf

4. Martinez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2007. [citado em 10 mar 2014]; 15: 239-46. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a08.pdf
5. Baldissarella L, Dell'Aglio DD. No limite entre a vida e a morte: um estudo de caso sobre a relação pais/bebê em uma UTI neonatal. *Estilos da clínica*. [Internet]. 2009. [citado em 07 set 2014]; 14(26):68-89. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/estic/v14n26/05.pdf>
6. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: vivência materna. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2008. [citado em 10 mar 2014]; 12:19-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a03.pdf>
7. Ministério da Saúde (Br). Estatuto da Criança e do Adolescente. 2008. [citado em 10 mar 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf
8. Leopardi MT. Teoria e método em assistência de enfermagem. Florianópolis (SC): Soldasoft; 2006.
9. Coelho LP, Rodrigues BMRD. O cuidar da criança na perspectiva da bioética. *Rev enferm UERJ*. [Internet]. 2009; 17: 188-93. [citado em 10 mar 2014];
10. Moreira JO. A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento. *Revista Mental*. [Internet]. 2007. [citado em 10 mar 2014]; 5(8): 91-106. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>
11. Araújo BBM, Rodrigues BMRD, Rodrigues EC. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. *Rev enferm UERJ*. [Internet]. 2008; [citado em 10 mar 2014] 16:180-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a07.pdf>
12. Ramalho MAM, Kochla KRA, Nascimento MEB, Peterlini O. A mãe vivenciando o risco de vida do recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. [Internet]. 2010. [citado em 12 out 2014]. 10(1):7-14. Disponível em http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n1/v.10_n.1-art1.pesq-a-mae-vivenciando-o-risco-de-vida.pdf
13. Barradas AMCR, Ramos N. Parentalidade na relação com o recém nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção. [dissertação de mestrado]. [Internet]. Lisboa (PT): Universidade Aberta de Portugal; 2008. [citado em 10 mar 2014]. Disponível em: <http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/735>
14. Arivabene JC, Tyrrell MAR. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. *Rev Lat-Am Enferm*. [Internet]. 2010. [citado em 10 mar 2014]. 18:130-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_18.pdf
15. Gomes ALH, Quayle J, Neder M, Leone CR, Zugaib M. Mãe-bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. *Rev Ginecol Obstet*. [Internet] 2007. [citado em 10 mar 2014]. 8:205-8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>
16. Oliveira BRG, Lopes TA, Vieira CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. *Texto contexto enferm* [Internet]. 2006. [citado em 10 mar 2014]; 15(esp):105-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea12.pdf>
17. Chizzotti A. Pesquisas em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 2005.
18. Lefèvre F, Lefèvre ANC. O sujeito que fala. *Interface – Comunic, Saude, Educ*. [Internet] 2006. [citado em 10 mar 2014]. 10: 517-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>
19. Silva RV, Silva IAA. Vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Esc Anna Nery*. [Internet] 2009. [citado em 20 mar 2014]. 13:108-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a15.pdf>
20. Cruz DCS, Suman NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev esc enferm USP*. [Internet]. 2007. [citado em 10 mar 2014]. 41:690-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>
21. Heidegger M. Ser e tempo. 5ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1997.