

# ASSISTÊNCIA À MÃE DE RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA UTI NEONATAL: EXPERIÊNCIAS, SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS MANIFESTADAS POR MÃES.\*

Maria Aparecida de Jesus Belli\*\*

BELLI, M.A. de J. Assistência à mãe de recém-nascido internado na UTI neonatal: experiências, sentimentos e expectativas manifestadas por mães. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.29, n.2, p.193-210, ago. 1995.

*Este estudo teve por objetivo verificar as experiências, sentimentos e expectativas das mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal. A população constou de 20 mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal de três hospitais-escola da cidade de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevista com as mães utilizando-se um formulário com perguntas fechadas e abertas. Verificou-se que a maioria das mães manteve pouca ou nenhuma interação com o filho após o nascimento; o contato visual foi o mais referido ao longo da permanência do recém-nascido na UTI neonatal; todas manifestaram o desejo de participar dos cuidados ao filho, além de apresentar necessidades relacionadas com as informações sobre o estado de saúde do bebê, o contexto da UTI neonatal e os elementos da equipe hospitalar. Evidenciou-se, também, uma gama de sentimentos e uma variedade de motivos que determinam as necessidades e as expectativas das mães que vivenciam esta situação.*

UNITERMOS: Interação mãe-filho. Enfermagem neonatal. Unidade de Terapia Intensiva neonatal. Recém-nascido de alto risco.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, bebês recém-nascidos de alto risco têm conseguido aumentar suas possibilidades de sobrevivência graças ao surgimento de unidades de cuidados intensivos neonatais. Este modelo, embora tenha se de-

---

\* Este artigo é parte da Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da USP.

\*\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

envolvido marcadamente nos aspectos tecnológicos, na prática assistencial, muitas vezes, ele tem desconsiderado a sua unidade biopsicossocial e espiritual, pois tem contribuído para a separação do binômio mãe-recém-nascido. Tal fato dificulta ou afeta significativamente o processo de vinculação mãe-filho.

Assim, por considerarmos de fundamental importância na assistência ao recém-nascido em estado crítico e à sua família, a abordagem que vise o favorecimento da interação precoce e contínua entre mãe e filho após o nascimento, é que nos propomos a realização deste estudo.

MALDONADO (1984) destaca que uma série de estudos tem tentado comprovar a existência de um período sensível para a mãe, nas primeiras horas após o parto, por ser o momento mais propício para a formação de um vínculo afetivo especial com o bebê. Considera ainda esse período como aquele em que se verificaria a presença de uma maior sensibilidade para a mãe interagir com o recém-nascido e formar um vínculo com ele.

Existem evidências consideráveis de que, no momento do nascimento e durante meses a fio, as necessidades maternas de contato mãe-filho excedem as do bebê. A necessidade de contato íntimo materno é muito maior e consideravelmente mais prolongada, servindo não só a importantes funções psicológicas como a muitas de natureza fisiológica do período puerperal (MONTAGÚ, 1988).

Quando a mãe se vincula com seu filho, ela estabelece um compromisso emocional com a criança, o qual pode ser a força fundamental que estimula a mãe a cuidar do filho. Sem este compromisso por parte de quem cuida do bebê, as probabilidades de ele crescer e desenvolver-se adequadamente são menores. A ausência deste compromisso pode gerar perturbações de vinculação, e esta perturbação pode constituir-se em uma das circunstâncias que leva a criança a ser maltratada e a não se desenvolver adequadamente (KANG, 1982).

Há ocasiões, entretanto, que este vínculo mãe-filho é prejudicado, ou rompido abruptamente, principalmente quando a sobrevivência do neonato está em risco. Isso ocorre em situações de parto prematuro ou de nascimento de bebê de alto risco, que precisa permanecer na Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTI neonatal), longe do contato com a mãe.

Diante dessa situação surge uma série de problemas, tais como: privação da manutenção do vínculo mãe-filho; preocupação das mães pela recuperação e sobrevivência do filho; sentimento de culpa derivado desta situação e outros, como os fatores sócio-econômicos, que podem influenciar a estabilidade familiar.

REICHLÉ (1975) afirma que a simples menção dos termos *cuidados intensivos* ou *estado crítico* traz à mente situações negativas. A intervenção

em UTI significa normalmente para o paciente e seus familiares uma piora das condições físicas, colocando o paciente em proximidade com a morte.

Para ZIEGEL; CRANLEY (1985b), a primeira visita à UTI neonatal pode ser deprimente para os pais. O recém-nascido tem, com frequência, pelo menos uma infusão endovenosa, fios ligados para monitorização, sonda endotraqueal acoplada a um respirador e, na maioria das vezes, permanece confinado em incubadora. Esses autores, afirmam que os pais necessitam receber apoio do médico e do enfermeiro e uma explicação realista do prognóstico, para que possam compreender a doença do seu bebê e o porque de todo o equipamento existente para os cuidados que ele está recebendo.

RAMOS; MORAES (1976) e IRWIN; LLOYD-STILL (1987) indicam que parte importante do tratamento da criança é reduzir a ansiedade dos pais por meio do oferecimento de apoio, para ajudá-los na expressão de seus sentimentos. Se a mãe ou o pai experimentam um relacionamento positivo com um profissional no hospital, seu nível de ansiedade diminui e sua percepção da situação torna-se mais acurada.

Ainda, em se tratando da assistência à família de recém-nascido de alto risco, a equipe hospitalar deverá - mesmo dentro das circunstâncias especiais de cuidados intensivos - facilitar ao máximo as possibilidades de contato entre a mãe e o bebê. Para isso, a mãe deverá ter livre acesso à unidade neonatal podendo tocar e acariciar o filho, mesmo sem poder pegá-lo no colo quando ainda está em estado grave.

A manutenção do vínculo mãe-filho é um dos aspectos da assistência obstétrica e neonatal que tem merecido especial atenção ao longo de nossa atividade profissional. Temos experiência vivenciada como membro de um grupo multiprofissional em um "Programa de Pais Participantes", que foi desenvolvido em um berçário de uma maternidade pública e cujo principal objetivo era a manutenção da interação mãe-filho, quando o recém-nascido permanecia no berçário após a alta hospitalar da mãe. Neste contexto, verificou-se que esta forma de interação promoveu maior envolvimento tanto dos pais como dos elementos da equipe multiprofissional que assistia a esses recém-nascidos (BELLI, 1988).

Considerando que, não obstante o aparato tecnológico que envolve uma UTI neonatal, as mães têm condições e o direito de participar da assistência de seus filhos, continuamos a realizar estudos sobre a temática (BELLI; TSUNECHIRO, 1989, 1992). Esta crença também é enfatizada por ZIEGEL; CRANLEY (1985a), ao afirmarem que os pais devem ser considerados como membros da equipe de assistência e não como visitantes. Da mesma forma, VERNY; KELLY (1991), além de apontarem o direito dos pais, consideram que estes devem insistir para participar dos cuidados ao filho, mesmo àqueles confinados em UTI.

Na revisão bibliográfica sobre o assunto em pauta, encontramos um estudo realizado por FISER et al (1984) que forneceu algum subsídio para a elaboração desta pesquisa. Estes autores realizaram uma investigação com vinte e dois pais de crianças internadas em uma UTI pediátrica, com a finalidade de identificar as "intervenções" que ajudaram a diminuir o estresse destes pais. As intervenções identificadas relacionavam-se a: 1. Informação sobre a unidade - rotinas e procedimentos hospitalares; condições, tratamento e evolução da doença do filho; 2. Relacionamento com os membros da equipe hospitalar - conhecimento de médicos e enfermeiras que são responsáveis pelo cuidado do seu filho; disponibilidade constante dos mesmos; 3. Serviços para conforto dos pais - sala de espera especial para UTI, lanchonete ou acomodações que permitam o repouso e o preparo de refeições dos pais enquanto o filho permanece na UTI; e 4. Participação dos pais - visita liberada durante 24 horas do dia e ampla oportunidade para participação do cuidado do filho. Os autores consideraram que este último item merece estudos posteriores.

Conscientes dessa situação crítica que envolve a assistência às mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal, consideramos relevante desenvolver um programa sistematizado de assistência a essas mães. Para elaborar esse programa, entendemos que é de fundamental importância conhecer as experiências, sentimentos e expectativas sentidas pelas mães de recém-nascido internados na UTI neonatal.

É relevante e necessário entender qual o papel das mães cujos filhos permanecem na UTI neonatal, recebendo os cuidados e a atenção de outras pessoas que não as suas mães. O que essas mães têm feito nos hospitais onde é permitida a sua entrada na UTI neonatal? É permitido a elas alguma forma de participação nos cuidados? Elas querem participar no cuidado?

Para responder a essas indagações, propusemo-nos a realizar o presente estudo, a fim de obter subsídios para elaborar um programa de assistência às mães destes recém-nascidos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

- oferecer aos enfermeiros, que atuam nas áreas de obstetria e neonatologia, subsídios que lhes permitam, dentro de suas áreas de competência, promover modificações no sistema de assistência de enfermagem ao binômio mãe-recém-nascido de alto risco, no sentido de que o período de internação da criança na UTI neonatal não seja motivo de privação do vínculo mãe-filho.

## **Objetivo específico:**

- verificar as experiências, sentimentos e expectativas das mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal.

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo descritivo exploratório sobre as experiências, sentimentos e expectativas das mães de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTI neonatal).

O estudo foi realizado em maternidades de três hospitais públicos da cidade de São Paulo. Essas maternidades foram selecionadas porque pertencem a instituições que funcionam como hospitais de ensino, e os berçários contam com área destinada a cuidados de recém-nascidos em estado crítico, denominada UTI neonatal. Além disso, são campos de prática para os estudantes que cursam disciplinas da área de enfermagem obstétrica e neonatal do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Fizeram parte deste estudo 20 mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal, no período de janeiro a fevereiro de 1990, das instituições referidas.

Foram incluídas na população mães que atenderam aos seguintes critérios: 1. ter dado a luz no Centro Obstétrico de uma maternidade campo de estudo; 2. estar com o filho internado na UTI neonatal há 48 horas no mínimo; 3. não ser portadora de doença infecto-contagiosa que a impossibilitasse de entrar na Unidade Neonatal.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um formulário constituído por perguntas semi-abertas e abertas, além de um item "outros", com a finalidade de possibilitar a manifestação de qualquer aspecto não contemplado nas perguntas formuladas.

Para o estudo, portanto, utilizou-se um formulário, destinado às mães dos recém-nascidos, que consta de duas partes:

### **Parte I. Dados de identificação da mãe e do recém-nascido**

Incluíram-se dados que identificam as mães como idade, escolaridade, ocupação, meio de locomoção. Constaram também os seguintes dados gerais de interesse para a caracterização desta população: vive com o pai da criança ou pessoa com quem vive, paridade, número de filhos vivos e experiência

anterior com filho internado na UTI neonatal. Para identificação do recém-nascido, obtivemos dados como data de nascimento, tipo de parto, sexo, idade gestacional, peso, índice de Apgar, data da internação na UTI neonatal, local de procedência e tempo de vida no momento da entrevista.

## **Parte II. Dados relativos às experiências, sentimentos e expectativas das mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal.**

Incluíram-se dados quanto à informação das mães sobre a internação do filho na UTI neonatal, o estado de saúde do bebê, as normas e rotinas de funcionamento da maternidade, berçário e UTI neonatal, os aparelhos utilizados pela criança e as pessoas que cuidam do bebê; interação mãe-filho, considerando o contato visual e tátil e a participação no cuidado do bebê durante a internação; e a ajuda às mães.

Os dados foram coletados através da técnica de entrevista com as mães dos recém-nascidos, obedecendo-se aos seguintes passos: 1. verificação, pelo prontuário do recém-nascido, da mãe que atende aos critérios estabelecidos; 2. apresentação à mãe, explicando a finalidade do estudo, solicitando a sua colaboração e assegurando o anonimato; 3. preenchimento do formulário, anotando as respostas durante a entrevista; 4. leitura das respostas ao final da entrevista, para avaliação das informações obtidas; 5. agradecimento pela participação no estudo e fornecimento de todos os esclarecimentos solicitados e ou necessários.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **1. Caracterização da população de mães e de recém-nascidos.**

A população de mães do presente estudo encontrava-se em sua maioria (80,0%) na faixa etária de menos de 25 anos, e dentre estas, um número considerável daquelas com menos de 20 anos.

Como consequência da gravidez na adolescência, a literatura registra maior morbidade e mortalidade materna, baixo peso ao nascer e prematuridade nos filhos de mães muito jovens, e riscos mais elevados de morbidade e mortalidade infantil, problemas que podem ser minimizados quando controlados por uma atenção pré-natal adequada e pelo acompanhamento dos filhos de mães adolescentes (SÃO PAULO, 1989). Para COSTA (1990), é oportuno ressaltar que a função procriadora tem implicações mais complexas não só no que diz respeito à esfera biológica propriamente dita,

mas, sobretudo, aos aspectos psíquicos e sociais. Segundo o autor, a adolescente pode encontrar-se plenamente madura no seu soma e até com sua capacidade biológica em grau máximo de plenitude, porém não acompanha o desenvolvimento paralelo da parte psíquica e social.

Já com relação à paridade, constatamos que a maioria das mães (60,0%) eram de primíparas. Cabe considerar que em se tratando de mães de recém-nascidos internados em UTI neonatal, onde reações emocionais como, ansiedade, angústia e sentimento de culpa são comumente manifestadas, estas têm sua condição agravada pelo fato de ser o primeiro filho.

Os dados referentes à escolaridade retratam uma população de mães de pouca instrução formal (1º grau incompleto - 65,0%). Embora isso não possibilite estimar a capacidade da mãe para o aprendizado de alguns cuidados a serem executados com o filho internado na UTI neonatal, deve ser considerado esse fato ao se estabelecer estratégias de ensino.

Os resultados relativos à ocupação nos mostram mães "dona de casa" (60,0%) e trabalhadoras com vínculo empregatício (40,0%). Se considerarmos que a instituição da licença maternidade está garantida para a mulher com emprego formal (BRASIL, 1988), as mães envolvidas nesse estudo teriam disponibilidade para permanecer junto ao filho durante o período de internação.

Considerando que, em grandes centros urbanos como São Paulo, a distância da residência e o hospital e problemas de tráfego podem dificultar o acesso da clientela aos serviços, este fato se evidenciou para as mães do presente estudo: a maioria delas (85,0%) dependia de transporte coletivo e apenas duas mães, por residirem próximo à maternidade, puderam se dirigir ao hospital a pé.

Quanto aos filhos recém-nascidos, os dados encontrados mostram uma população eminentemente de bebês de alto risco ao considerarmos a adequação da idade gestacional ao peso de nascimento. A grande maioria dos recém-nascidos deste estudo apresentava peso ao nascer menor que 2500 gramas (80,0%) e foram classificados como pré-termo ou imaturos (85,0%). BATAGLIA; LUBCHENCO (1967) salientam a incontestável importância do peso ao nascimento em prever problemas em neonatos. Elaboraram os diagramas de crescimento intra-uterino de Colorado (USA), largamente utilizado para determinar a adequação da idade gestacional do recém-nascido e do peso de nascimento. Para BATAGLIA; LUBCHENCO (1967), SULLIVAN et al (1979), CRANLEY (1983) e DA POIAN et al (1984), o conhecimento da idade gestacional do recém-nascido contribui para fazer sua avaliação e também permite a identificação precoce de sua vulnerabilidade ao novo meio ambiente.

Observa-se, ainda, através da avaliação da vitalidade dos recém-nasci-

dos ao nascimento, pelo método de Apgar, que a população estudada era essencialmente de crianças moderadamente ou gravemente deprimidas no primeiro minuto de vida e que a metade se manteve nessa condição no quinto minuto.

Esses dados, aliados às condições anteriormente mencionadas reforçam, a afirmação de que os recém-nascidos necessitavam de cuidados intensivos logo após o nascimento. É importante considerar este aspecto, pois não é raro observar admissões injustificadas de recém-nascidos na UTI, determinadas apenas por suas condições pré-natais, o que tem levado muitas mães e bebês a sofrimentos desnecessários.

Com relação à idade dos bebês no momento da entrevista 9 recém-nascidos (45,0%) tinham entre 2 e 3 dias de vida. Em correspondência, as mães se encontravam no período de pós-parto, denominado de "fase de reabastecimento" do puerpério, que se caracteriza por passividade e dependência por parte da mãe que necessita de atendimento de suas necessidades (RUBIN, 1961, ZIEGEL; CRANLEY, 1985a). Outros 8 recém-nascidos (40,0%) do estudo estavam entre o terceiro e o décimo dia de vida, o que coincide com a "fase de participação" do puerpério, o qual transcorre para a mãe em clima de forte desejo de cuidar de seu filho, aliado a certa ansiedade causada pela insegurança quanto à sua capacidade em assumir novas responsabilidades, bem como pelos sentimentos ambivalentes em relação ao bebê.

## **2. Análise dos diferentes aspectos referentes à assistência às mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal.**

### 2.1. Interação mãe-filho

Para ZIEGEL; CRANLEY (1985a), as mães devem ver o filho ao nascer, mesmo que seja por alguns segundos. Para essas autoras, essa breve visão do filho poderá ajudar as mães a perceberem a realidade da situação e muitas vezes dissipar fantasias sobre a aparência da criança, que poderá ser mais assustadora que a realidade.

No que concerne a interação mãe e recém-nascido, verificamos que mais da metade das mães (11 mães - 55,0%) do estudo não estabeleceram nenhuma forma de interação com o filho logo após o nascimento. Considerando que, para os elementos da equipe da sala de parto, em geral, a condição física do recém-nascido é priorizada, isso pode ser um dos motivos pelo qual muitas mães de recém-nascidos em estado grave são privadas até do contato visual com o filho.

Algumas manifestações verbais emitidas pelas mães revelam um sentimento de frustração pelo fato de terem sido privadas do contato com o filho recém-nascido, tais como "*A gente espera tanto tempo ...*"; "*É sonho de toda*



mãe”; “*Se assim que nasce, se o nenê sente a presença da mãe é importante*”; “*Deve dar emoção tocar uma coisinha que é sua*”.

Essa situação se perpetua se considerarmos que um número significativo de mães (40,0%) manteve o primeiro contato visual com o filho somente após transcorridos 24 horas do nascimento.

Quanto às principais justificativas apresentadas pelas mães para o atraso significativo entre o nascimento e a primeira visita ao recém-nascido, temos a “limitação física materna” e a “restrição no berçário para entrar na UTI neonatal”.

Destacamos alguns comentários feitos pelas mães em relação a algumas restrições para entrada na UTI neonatal: “*A funcionária disse que era para subir no berçário somente depois das duas e meia*”; “*Não entrei por causa que não era horário de visita*”; “*Não entrei na UTI, quando disseram que estava lá pensei que não pudesse entrar... visitei ela e só via pelo vidro (visor da UTI neonatal)*”.

É inquestionável a importância e a necessidade de interação precoce e contínua entre as mães e o recém-nascido após o nascimento. No entanto, como já foi mencionado, no caso de bebê prematuro, doente ou com malformação, verificamos que este processo de vinculação pode estar prejudicado, não só na sala de parto, mas por um período indeterminado, uma vez que o recém-nascido de alto risco necessita de cuidados especiais na unidade neonatal. Isto se confirma quando verificamos que a maioria dos recém-nascidos (75,0%) foi encaminhada diretamente da Unidade de Centro Obstétrico para a UTI neonatal.

KLAUS; KENNEL (1978) citam que em certas ocasiões é inevitável que a mãe veja seu bebê antes de ser levado à UTI neonatal. Esses autores sugerem que mães de recém-nascidos pré-termo vejam algumas fotos de neonatos prematuros, como uma forma de atenuar um pouco a discrepância entre o que ela imagina e o verdadeiro aspecto de um recém-nascido pré-termo. Assim, ao ver o filho, o impacto poderá ser menor.

Quando indagamos junto às 11 mães (55,0%) do estudo quanto às razões da privação de qualquer tipo de interação com o filho recém-nascido logo após o nascimento, verificamos que seis delas não souberam referir o motivo. Dentre aquelas que referiram alguma razão para a privação denotamos, que essa razão estava relacionada à condição de saúde da criança.

Constatou-se ainda que, com relação a permanência da mãe junto ao filho internado na UTI neonatal, houve uma significativa restrição por parte dos enfermeiros quanto ao tempo para a mãe ficar junto ao bebê, sendo a “interferência nas atividades dos elementos que assistem ao recém-nascido” a principal justificativa apontada por eles.

Para as mães do estudo, o tempo de permanência junto ao filho internado na UTI neonatal variava de menos de 30 minutos a mais de 60 minutos, ficando a maioria por um período de 5 a 30 minutos. Em vista disso, destacamos os seguintes comentários: *“Não fico mais porque tenho medo que me mandem sair”*; *“Como não sabia que podia tocar nele, a gente só fica olhando”*; *“Não adianta ficar muito tempo, a gente não pode fazer nada”*.

Pelos tipos de comentários feitos, podemos perceber que as mães expressam sentimentos de “ansiedade, angústia” e “conformismo”. Será válido pensar que este fato ocorre porque as mães estão quase sempre excluídas dos cuidados prestados ao bebê pelos elementos da equipe de enfermagem? Podemos acrescentar a essa situação a falta de “resposta” do recém-nascido prematuro e ou em estado grave à presença de seus pais, o que traz frustração e falta de estímulos para estarem com o filho.

Essa situação pode nos levar a entender porque mais da metade das mães (55.0%) do estudo referiram não saber como poderiam ajudar no tratamento do recém-nascido, mas quando informadas, durante a coleta de dados, da possibilidade de realizarem alguns cuidados ao filho internado, sob a orientação e supervisão dos elementos da equipe de enfermagem, muitas se mostraram favoráveis a essa participação.

Ao considerarmos as opiniões das mães quanto aos cuidados que elas **gostariam** ou **não gostariam** de prestar ao filho na UTI neonatal, verificamos que as 20 (100.0%) se mostraram favoráveis à participação no cuidado ao filho quanto a “dar estímulo auditivo (falar)”, “dar estímulo tátil (tocar, acariciar)” e “trazer chucha ou chupeta”. Destas, 19 mães (95.0%) se mostraram favoráveis à participação quanto a “administrar a mamadeira”, “verificar a temperatura corporal”, “estimular a sucção” e “trazer brinquedos (móviles)”, sendo que 18 (90.0%) referiram a “trocar a fralda” e “administrar o leite por gavagem”, e 17 (85.0%) delas quanto a “fazer o curativo umbilical”, “administrar a água por gavagem” e “fazer a higiene corporal”.

Para SOUPIOS et al (1980), os pais necessitam de uma definição quanto a sua função: isto os faria sentirem-se que são necessários e que a criança ainda é deles. Para isso, precisam ser esclarecidos de que podem e devem ser apoiados para darem assistência à criança.

Assim, ao permitir à mãe levar brinquedos (móviles), chucha e ou chupeta para o filho internado, está se dando excelente oportunidade para que ela se sinta útil e colaboradora na assistência ao bebê. Além disso, o ambiente ficará mais alegre e individualizado, tornando-o assim mais “agradável” aos olhos de todos, em especial, aos dos pais.

## 2.2. Informação à mãe

É essencial na assistência ao recém-nascido internado na UTI neonatal considerar a informação dada às mães, o que deve obedecer aos conceitos preventivos de CAPLAN (1972) para que os pais possam se beneficiar da orientação antecipatória. Além disso, é de suma importância a relação interpessoal entre os profissionais da equipe e os pais.

Quando indagamos às mães sobre o recebimento ou não de informação logo após o nascimento do recém-nascido, verificamos que a grande maioria delas (80,0%) não foi informada sobre o estado de saúde do filho.

Quanto ao recebimento de informações durante a permanência do filho na UTI neonatal, vale destacar que um número significativo de mães (7 - 35,0%) não foram informadas de que o filho se encontrava internado na unidade de cuidados críticos. Dessas mães, 5 ficaram sabendo do fato somente quando da primeira visita ao recém-nascido na Unidade Neonatal.

Segundo CARVALHO (1984), a equipe hospitalar geralmente acredita que falar sobre a doença e tratamento pode trazer maior ansiedade e aumentar a confusão, mas que há evidências de que não conversar sobre isso com os pacientes e ou responsáveis pode resultar em muitos outros distúrbios. Considerando sua experiência, a autora comenta que, à medida que os pais são devidamente informados sobre a hospitalização e procedimentos realizados, eles têm sua angústia diminuída e se tornam mais capazes para suportar a experiência da hospitalização, acompanhando mais de perto os filhos.

Dentre o conteúdo das informações sobre o filho que as mães referiam que gostariam de receber, destacamos: "condições de saúde e diagnóstico", "horário de visita", "finalidade dos aparelhos utilizados" e "identificação dos elementos da equipe". Os locais de preferência para o recebimento dessas informações foram: a sala de parto, para informação sobre a "internação do recém-nascido na UTI neonatal", o quarto, para o "estado de saúde do recém-nascido" e "funcionamento da maternidade, berçário e UTI neonatal", e o berçário, para "aparelhos utilizados pelo recém-nascido" e "pessoas que cuidam do recém-nascido".

Vale destacar alguns comentários feitos pelas mães que denotam suas expectativas com relação às informações sobre o filho recém-nascido: "Gostaria que ela falasse que o nenê já estava bom"; "Que poderia ir ver o nenê no berçário ... não sabia onde era"; "Queria saber aqueles fios que ficavam no peitinho dele, pensava que tinha agulhas que furavam o peitinho dele"; "É bom a gente saber quem está cuidando dele para não ficar tonta na hora"; "Se a gente pergunta do nenê para a enfermeira ela fala para conversar com o médico, mas são tantos..."; "Gostaria de saber se ela chora".

Neste contexto, para a maioria das mães (70,0%), o médico foi referido como aquele mais indicado para fornecer quaisquer das informações. Isto

nos leva a supor que as mães se sentem mais seguras ao esclarecer suas dúvidas com o profissional médico, por ser ele o centralizador da assistência do recém-nascido.

Ao considerarmos que, para a mãe de um recém-nascido de alto risco, o momento da interação na UTI constitui um conjunto de emoções como susto, medo, preocupação, entre outros, a presença de uma pessoa de confiança ao seu lado poderá ajudá-la a reunir forças para enfrentar tal situação. Nesse sentido, verificamos que, para 13 mães (65,0%) o "marido" ou o "pai do recém-nascido" constitui elemento de apoio para estar junto a elas no momento da informação de que o filho está internado na UTI neonatal.

Ainda, no que concerne ao tópico "informação às mães", quando indagamos sobre o recebimento de orientações quanto à promoção e manutenção da lactação, foi preocupante constatar que apenas uma mãe (5,0%) foi informada sobre as "vantagens do aleitamento".

Cabe ressaltar que na nossa percepção a amamentação é uma das principais formas de a mãe contribuir na assistência ao filho recém-nascido e conseqüentemente favorecer o vínculo entre eles. De acordo com VIEGAS (1986), "um dos meios de reforçar ou fazer o vínculo afetivo familiar, especialmente o materno, consiste em aproximar as mães de seus filhos através da sua entrada no berçário e do estímulo ao aleitamento materno".

### 2.3. Recursos humanos e Infra-estrutura institucional

Os elementos que compõem a equipe da UTI neonatal são os médicos pediatras e ou neonatologistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionista, assistente social, psicólogo e em algumas instituições o clérigo. Cada profissional deve responsabilizar-se por um aspecto da assistência, atuando direta ou indiretamente junto às famílias dos recém-nascidos.

Segundo RANNA; OKAY (1980), a família de uma criança hospitalizada é o elo de ligação entre todos os elementos da equipe, mas, quando não existe atuação coesa entre os vários profissionais que a compõem, a equipe não se concretiza enquanto tal, sendo que cada profissional não sabe, em geral, o que foi orientado aos pais e o que foi decidido pelos outros profissionais. Este tipo de atitude por parte dos profissionais que integram a equipe multiprofissional, além de proporcionar conflitos e distanciamentos entre seus elementos reflete-se de forma negativa na assistência ao recém-nascido e propicia um atendimento fragmentado e pouco efetivo para os pais.

Constata-se ainda, que é freqüente os familiares de pacientes hospitalizados não saberem referir quem são os elementos da equipe de saúde que estão assistindo seus pacientes, identificando-os, via de regra, pela categoria profissional, características físicas ou através da vestimenta usada.

Para que ocorra uma integração entre os profissionais e as mães, é essencial que estes sejam esclarecidos quanto a composição e atribuições de cada membro da equipe multiprofissional, e que sejam apresentados a cada um pessoalmente. A esse respeito, cabe retomar algumas das declarações feitas pelas mães do presente estudo: "Acho que aquela loirinha é enfermeira"; "Sei que tem um médico cuidando dele, mas não sei quem é"; "A loirinha de óculos, eu acho que é pediatra dele". A falta de conhecimento técnico e de integração entre os elementos que assistem as mães pode ser a causa da dificuldade de elas obterem informações sobre o filho. Isso foi verificado quando indagamos sobre qual profissional procuravam quando se dirigiam à UTI neonatal.

Verificamos que as mães que costumavam recorrer ao profissional na UTI neonatal procuravam o médico (6 mães - 30,0%) ou a enfermeira (2 mães - 10,0%). A maioria (12 mães - 60,0%), no entanto, respondeu que não recorria a nenhum profissional ao chegar à UTI. Merecem destaque algumas justificativas feitas por essas mães: "Eles ficam todos sentados quando a gente chega, seria bom se a gente não precisasse estar perguntando"; "Não sou de falar muito, sempre quando eu chego estão cuidando do nenê"; "Entro direto para ver o nenê".

Quando verificamos junto às mães quais os profissionais dentre aqueles que fazem parte da equipe hospitalar que deveriam participar da assistência às mães de recém-nascidos de alto risco, observamos que o psicólogo, o assistente social e o nutricionista foram os elementos de ajuda mais referidos por 8 mães (40,0%). Cabe destacar que seis mães desconhecem os elementos da equipe hospitalar, além daqueles que fazem parte da equipe médica e de enfermagem, que assistem ao recém-nascido internado na UTI neonatal.

É oportuno ressaltar que para uma assistência mais efetiva às mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal há necessidade de que a instituição ajude os familiares a superarem as dificuldades não só de ordem emocional e afetiva com relação ao filho doente, mas também as dificuldades sociais e financeiras que certamente irão surgir durante a permanência da criança na unidade neonatal, por um período indeterminado. Assim, no tocante as formas de ajuda referidas pelas mães, por parte da instituição hospitalar, destacamos o "fornecimento de passes de ônibus e lanches nos períodos de visita".

## CONCLUSÕES

De acordo com o objetivo deste estudo, os resultados obtidos permitem extrair as seguintes conclusões:

- A maioria das mães (55,0%) não estabeleceu nenhuma forma de contato como o filho logo ao nascer, e, quando ocorreu, o contato visual foi o mais freqüente (45,0%).
- As mães manifestaram sentimentos de frustração por não terem mantido contato com o filho, e os motivos referidos por elas apontam as condições físicas do recém-nascido e de si própria.
- Dentre as mães, 40,0% manteve o primeiro contato com o filho na UTI após 24 horas do nascimento, o que, segundo seu modo de ver, foi devido à sua limitação física e à restrição do horário de visita do berçário.
- As reações emocionais referidas pelas mães decorrentes do contato visual mantido com o filho na UTI foram tristeza, pena, nervosismo, medo, surpresa, felicidade, entre outras.
- Dentre as 20 mães, apenas 2 haviam tocado o filho no primeiro contato com o recém-nascido na UTI neonatal.
- A maioria das mães permanecia menos de 30 minutos quando visitava o filho na UTI.
- Todas as mães manifestaram desejo de participar de algum cuidado ao filho.
- As razões apresentadas por mães que não desejavam participar de determinados cuidados se referiram ao medo e ao receio de prejudicar o filho.
- A maioria das mães (80,0%) não foi informada sobre as condições do recém-nascido ao nascer, enquanto que 35,0% delas não foram informadas de que o filho se encontrava internado na UTI neonatal.
- Apenas 10,0% das mães foram informadas sobre o pessoal que cuida do recém-nascido.
- O médico foi o profissional mais indicado pelas mães para dar as informações sobre o recém-nascido.
- As mães preferem receber as informações quanto à internação do filho na UTI, na sala de parto; ao estado de saúde do recém-nascido e funcionamento da maternidade, berçário e UTI, no quarto; e, sobre aparelhos e pessoas que cuidam do bebê, no berçário.
- As informações desejadas pelas mães referem-se às condições de saúde e diagnóstico do recém-nascido, horário de visita, finalidade dos aparelhos e identificação das pessoas que cuidam do seu filho.
- O marido foi a fonte de apoio mais citada pelas mães (65,0%).
- Dentre as 20 mães, apenas uma (5,0%) foi informada sobre as vantagens do aleitamento.
- As mães desconheciam as pessoas da equipe que cuidam do filho e a maioria delas (60,0%) não recorria a nenhum profissional por ocasião do ingresso e permanência na UTI.
- A necessidade de outros profissionais para ajudá-las, além do médico e do

pessoal de enfermagem, foi referida por 40,0% das mães. Essas mães citaram o assistente social, o psicólogo e o nutricionista.

- A ajuda durante a permanência do recém-nascido na UTI que a maioria das mães (75,0%) espera receber são manutenção do cuidado ao bebê, possibilidade de visitar e permanecer junto ao filho e ser informada sobre as condições do recém-nascido.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao revermos toda a trajetória percorrida por qualquer uma dessas mães de recém-nascido de alto risco, da Sala de Admissão até a UTI neonatal, passando pelo Centro Obstétrico e pela Unidade de Puerpério, é possível perceber que existiram lacunas na qualidade da assistência prestada por diferentes profissionais a essas mães, e principalmente ao recém-nascido.

Essas lacunas deixadas pelos elementos da equipe hospitalar, principalmente pelos elementos da equipe de enfermagem, não são aquelas relacionadas à eficiência e rapidez do diagnóstico elucidado, ao tratamento prescrito ou à qualidade dos cuidados e procedimentos realizados junto ao recém-nascido e às suas mães; estamos falando da área expressiva da assistência onde o paciente é visto pelos profissionais de saúde como um indivíduo passivo e quase sempre desagregado de sua família. As oportunidades dadas as essas mães para que mantivessem uma interação efetiva através do ver, tocar, acariciar, conversar, e cuidar do seu bebê, retratam esta situação.

A ausência de informações e orientações relatadas por muitas mães, os obstáculos impostos por normas e rotinas da instituição que dificultam a interação precoce com o filho recém-nascido, a não possibilidade de **cuidar do que lhe pertence**, e, principalmente, a alienação dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente com a assistência ao binômio fizeram parte do arsenal utilizado pelos profissionais da equipe multiprofissional para “desumanizar” a assistência recebida pelas mães dos bebês internados na UTI neonatal.

Tendo em vista que a assistência hospitalar é realizada por vários profissionais, é fundamental considerar o trabalho em equipe, tanto no âmbito da enfermagem como no multiprofissional. A necessidade e a importância do enfermeiro e dos elementos que integram a equipe multiprofissional na assistência aos pais de recém-nascido de alto risco é justificada pela especificidade e competência profissional que cada categoria tem para atuar e interagir efetivamente com os pais em cada estágio que estes necessariamente atravessarão, entre o nascimento e durante a permanência do filho na UTI neonatal.

Sendo assim, os profissionais das áreas de obstetrícia e neonatologia deverão planejar a assistência a ser prestada ao recém-nascido internado na UTI neonatal e a seus familiares, levando em consideração, também, as necessidades e expectativas por eles apresentadas, uma vez que pudemos constatar a sua relevância através deste estudo, que explicitou o desejo da mãe **em exercer o direito de cuidar do próprio filho.**

BELLI, M.A. de J. Caring for mothers of newborns in the Neonatal Intensive Care Unity: experiences, feelings and expectation of mothers. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.29, n.2, p.193-210, aug. 1995.

*The porpuse of the study was to examine the experiences, feelings and expectation of mothers of high risk newborns. The population was a group of 20 mothers of high risk newborns of three hospitals in the City of São Paulo. Interview with the mothers was the method of data colletion containing opened and structured questions. It was verified that most of the mothers had none or only a little interaction with the newborn after delivery; the eye contact was the most referred during the staying of the newborn in the Intensive Care Unity; all of them demonstrated interest in participating in the care of the newborn and expressed the need of information concerning to the health status of the newborn, the Intensive Care Unity environment and the hospital team. Several were the feelings expressed and the motives that indicated the needs of the mothers.*

UNITERMS: Mother-infant bonding. Newborn nursing. Neonatal Intensive Care Unity. High risk newborn.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATAGLIA, F.C.; LUBCHENCO, L.C. A practical classification of newborn infants by weight and gestation age. *J. Pediatr.*, v. 17, n. 4, p. 159-63, 1967.

BELLI, M.A. de J. Programa de pais participantes desenvolvido em uma unidade neonatal: experiência de uma enfermeira na equipe multiprofissional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PERINATOLOGIA, 2. CONGRESSO LATINOAMERICANO, 4 ENCONTRO DE ENFERMAGEM PERINATAL, 8. Porto Alegre, 1988. Resumos. Porto Alegre. Sociedade Americana de Perinatologia, 1988. p. 101.

BELLI, M.A. de J.; TSUNECHIRO, M.A. Os pais em UTI neonatal: expectadores ou participantes? Apresentado no 4. Encontro Estadual em Terapia Intensiva, São Paulo, 1989.

BELLI, M.A. de J.; TSUNECHIRO, M.A.. UTI neonatal: possibilidade da manutenção do vínculo mãe-filho. In: CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. ENFTEC, São Paulo, 1990. Anais. São Paulo, Centro de Estudos em Enfermagem "8 de Agosto", Hospital "9 de Julho", 1992. p. 438-41.



- BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Título 2, cap. 2, Art. 7, Inciso 18. Brasília, Senado Federal, 1988. p. 13.
- CAPLAN, G. An approach to community mental health. New York, Grune & Stratton, 1972.
- CARVALHO, M.M.B. Informação: um direito dos pais. Pediatria, v. 6, n. 2, p. 84-5, 1984.
- COSTA, C.F. Gravidez na adolescência. In: ALVES FILHO, N.; CORRÊA, M.D. Manual de perinatologia. Rio de Janeiro, Médica e Científica, 1990. cap. 31, p. 407-13.
- CRANLEY, M.S. Perinatal risk. Jogn. Nurs., v. 12, n. 3, p. 8-13, 1983.
- DA POIAN, V. da et al. Avaliação da idade gestacional do recém-nascido (RN), pelo método de Capurro, por enfermeiros e médicos que atuam na unidade de neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, UIN-HCPA. Rev. Gaúcha Enf., v. 5, n. 2, p. 287-98, 1984.
- FISER, D.H. et al. Service for parenteral stress reduction in a pediatric ICU. Crit. Care Med., v. 12, n. 6, p. 504-7, 1984.
- IRWIN, S.; LLOYD-STILL, D. The use of groups to mobilize parenteral strengths during hospitalization of children. Child Welfare, v. 53, n. 5, p. 305-12, 1987.
- KANG, R. El proceso de familiarización de la madre y el niño. In: BARNARD, K.E. et al. Las primeras relaciones entre padres y el niño. Washington, Organización Panamericana de La Salud, 1982. cap. 2, p. 44-7.
- KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. La relación madre-hijo. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1978.
- MALDONADO, M.T. Psicologia da gravidez. 6. ed., Petrópolis, Vozes, 1984. cap. 1, p. 65-100: Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério: aspectos psicológicos do puerpério e os primórdios do relacionamento pais-bebês.
- MONTAGÚ, A. Tocar: o significado humano da pele. São Paulo, Summus, 1988.
- RAMOS, T.A.G.; MORAES, E. Papel da enfermeira junto a mães e crianças hospitalizadas. Rev. Bras. Enf., v. 29, n. 2, p. 45-55, 1976.
- RANNA, W.; OKAY, Y. Grupos de pais de crianças e da equipe multiprofissional e sua influência nas diretrizes da enfermaria geral de um hospital infantil. Pediatria (São Paulo), v. 2, n. 2, p. 184-90, 1980.
- REICHLER, M.J. Psychological stress in intensive care unit. Nurs. Digest., v. 3, n. 3, p. 12-5, 1975.
- RUBIN, R. Puerperal change. Nurs. Outlook, v. 9, n. 12, p. 753-5, 1961.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS/SP. Programa de atendimento integral à saúde do adolescente. São Paulo, 1989.
- SOUPIOS, M. et al. Aspectos da enfermagem no tratamento intensivo em um hospital geral. Clin. Pediat. Amer. Norte, v. 27, n. 3, p. 639-53, 1980.
- SULLIVAN, R. et al. Determining a newborn's gestacional age. MCN, v. 4, n. 1, p. 38-45, 1979.

- VERNY, T.; KELLY, J. A vida secreta da criança antes de nascer. São Paulo. C. J. Salmi. 1981.
- VIEGAS, D. Aspectos psicológicos da assistência ao recém-nascido. In: VIEGAS, D.; VILHENA-MORAES, R. Neonatologia clínica e cirúrgica. Rio de Janeiro. Atheneu. 1986. v. 1. cap. 29. p. 275-97.
- ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M.S. Enfermagem obstétrica. 8 ed. Rio de Janeiro. Interamericana. 1985. cap. 24. p. 438-52: Assistência de enfermagem à família no pós-parto: respostas psicossociais. (a)
- ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M.S. Enfermagem obstétrica. 8 ed. Rio de Janeiro, Interamericana. 1985. cap. 29. p. 570-605: Recém-nascido de alto risco: características e assistência de enfermagem. (b)