UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BEATRIZ DUTRA BRAZÃO LELIS

O acolhimento materno no contexto da prematuridade em um Hospital Amigo
da Criança

Ribeirão Preto

2014

BEATRIZ DUTRA BRAZÃO LELIS

O acolhimento materno no contexto da prematuridade em um Hospital Amigo
da Criança

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do Título de Mestre em Ciências, Progra-
ma de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Públi-
ca.

Linha de Pesquisa: Assistência à criança e ao
adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Moraes Leite

VERSÃO CORRIGIDA

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fim de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA

Lélis, Beatriz Dutra Brazão.

O acolhimento materno no contexto da prematuridade em um Hospital Amigo da Criança/ Beatriz Dutra Brazão Lélis; orientadora Profa Dra. Adriana Moraes Leite. - Ribeirão Preto, 2014.
92 f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2014.

1. Acolhimento. 2. Humanização da Assistência. 3. Prematuridade. 4. Mães.

Nome: LELIS, Beatriz Dutra Brazão

Título: O acolhimento materno no contexto da prematuridade em um Hospital Amigo da Criança

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do Título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICO à minha mãe Geusa e a minhas irmãs Elaine e Gláucia
pelo incentivo e pela infinita colaboração.

Aos meus filhos Marina e Murilo,
que fizeram parte desta construção importante em nossas vidas.

Ao meu marido Leandro,
cujo apoio incondicional, incentivo e companheirismo foram vitais nesta caminhada.

Vocês sempre me apoiaram e incentivaram,
e com amor, carinho e compreensão
conseguiram superar minhas ausências...

Vocês que me estimularam, acreditaram
e confiaram no meu trabalho,
aceitando todas as limitações de tempo e espaço...

AGRADECIMENTOS

À orientadora Dra. Adriana Moraes Leite, pelo grande incentivo ao meu trabalho, pela presença competente, afetuosa e amiga de inestimável valor. Alegria, sabedoria e ética pautaram suas orientações e ela me proporcionou ricas experiências e valiosos conhecimentos em cada fase do percurso.

Às professoras Dra. Débora Faleiros de Melo e Dra. Monika Wernet, pelas sugestões valiosas e pela colaboração a este estudo no exame de qualificação.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de trilhar e realizar o sonho do mestrado, viabilizando projetos de carreira e de vida.

Ao Curso de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Passos, pela possibilidade de vivência acadêmica enquanto docente.

À Santa Casa de Misericórdia de Passos, especialmente a UTIN, pela receptividade carinhosa durante minha presença na instituição.

À amiga Jaqueline Santos por sua atenção, dedicação e pela disponibilidade de ajudar no enriquecimento deste trabalho, na formatação e nas referências.

Às mães dos prematuros que colaboraram com este estudo por meio de seus relatos, possibilitando que sua experiência culmine em avanços no cuidado à mãe e à família.

Ao CNPq por ter possibilitado e financiado esta pesquisa.

A Deus, por ter me concedido o dom da vida, da inteligência, da perseverança e do amor, dons estes que alicerçam todas as minhas realizações.

O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.

Fernando Pessoa

RESUMO

LELIS, Beatriz Dutra Brazão. **O acolhimento materno no contexto da prematuridade em um Hospital Amigo da Criança.** 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

O contexto da prematuridade traz para as mães muitas incertezas em relação ao desenvolvimento de seu bebê e às dificuldades específicas para a interação da díade pelas particularidades inerentes à condição do recém-nascido pré-termo (RNPT), envolvendo profunda adaptação da mãe a mudanças decorrentes da internação e da situação em que se encontra o recém-nascido. Diante da complexidade, a situação de prematuridade pode acarretar para a mãe um sofrimento que poderá desenvolver sentimentos desestruturantes em função das dificuldades acarretadas pela internação e prematuridade. Este estudo tem por objetivo geral analisar o acolhimento feito às mães de RNPTs hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal -UTIN, de um Hospital Amigo da Criança. Como objetivos específicos: Descrever os sentimentos vivenciados pela mãe do RNPT, na perspectiva do acolhimento em UTIN, no Método Canguru e na Casa da Gestante, no contexto de um Hospital Amigo da Criança em Passos-MG; Identificar estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães para lidar com situações causadoras de sentimentos e dificuldades no contexto de um Hospital Amigo da Criança em Passos-MG; Compreender como se dá a humanização de tal atenção, tendo em vista as inter-relações e também compreender de que forma os processos de acolhimento estabelecem relações com a humanização do cuidado nos diferentes ambientes da mãe, em tal contexto. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, pautado no conceito de humanização, para o processo analítico na modalidade de análise temática. Participaram da pesquisa mães de recém-nascidos pré-termo internados na UTIN de um Hospital Amigo da Criança, utilizando o critério de saturação teórica. Foi realizada, de forma individual, uma entrevista semiestruturada, gravada em áudio e, após a transcrição, foram identificadas três categorias de análise e subcategorias, a partir das verbalizações das participantes. 1- O impacto da separação súbita após o nascimento: A mãe diante do processo de internação: preocupando-se com o filho e A incerteza da sobrevivência: apoiando-se na espiritualidade; 2- Vivenciando o Método Canguru: Permanecendo perto do filho na vivência do Método Canguru, Restrições na vivência do Método Canguru; Sentindo-se impotente e desamparada e tendo outros filhos; Permanecendo perto do filho na vivência do Método Canguru; 3- Casa da Gestante: Recebendo apoio e aprendizado: Conversando com outras mães: trocando experiências, Apoio

do PROMAI e Tendo apoio da equipe de enfermagem. Conclui-se que, ainda que se esteja em um Hospital Amigo da Criança, munido de estratégias que visem à humanização do cuidado, se faz premente a necessidade de um modelo que caracterize o acolhimento, centrado nos interesses das usuárias, e que vise à organização do trabalho, com vistas à escuta e à resolução de demandas em saúde.

Palavras-chave: 1. Acolhimento. 2. Humanização da Assistência. 3. Prematuridade. 4. Mães.

ABSTRACT

LELIS, Beatriz Dutra Brazão. **Mother Embrace in the Prematurity Context in a Baby-Friendly Hospital.** 2014. 92 f. Dissertation (Master's degree) – Nursing School in Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Prematurity context brings mothers a lot of uncertainties regarding her baby's development, specific difficulties for the interaction of the dyad by peculiarities inherent to the pre-term newborn babies (PTNB), involving a mother's real adaptation to changes due to the hospital admittance and the situation in which the newborn baby meets. Before the complexity, prematurity may bring the mother a lot of suffering, which may develop dismantled feelings due to the difficulties brought by hospital admittance and prematurity. The study has the objective of analyzing the mothers' embrace of hospitalized PTNB in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of a Baby-Friendly Hospital. It has the specific objectives: Describe the mother's feelings when embracing at the NICU, in the Kangaroo Premature Baby Care Method and Pregnancy House in the context of a Baby-Friendly Hospital in Passos/MG, identify facing strategies used by mothers to deal with situations causing feelings and difficulties in the context of a Baby-Friendly Hospital in Passos/MG, understand how humanization occurs, considering the inter-relations, and also understand how the embracing processes relate with care humanization in the different environments the mother is inserted. It is a descriptive exploratory study with qualitative approach, based on the concept of humanization, for the analytic process in thematic analysis methodology. Using the theoretical saturation criterion, mothers of pre-term newborn babies admitted in the NICU of a Baby-Friendly Hospital participated in the survey. A semi-structured interview was conducted individually, recorded in audio and after transcribing it, three categories of analysis and subcategories were identified through the participations. 1. The impact of the sudden separation after birth: the mother regarding the admittance process, worrying about her child and the uncertainty of survival: having the spirituality as a support; 2. Experiencing the Kangaroo Premature Baby Care Method and staying near the child while the baby is experiencing it, restrictions about the experience with the Kangaroo Method, the mother feeling impotent and unprotected and having to care for other children; staying near the child experiencing the Kangaroo Premature Baby Care Method; 3. Pregnancy House: receiving support and learning: talking to other mothers: exchanging experiences. Support from the Mother-Infant Program (PROMAI) and from the nursing team. It is

concluded that, even in a Baby-Friendly Hospital, provided with strategies aiming at care humanization, there is still the need for a model to characterize the embracement, centered at the users' interests, with the objective of organizing the work, listening to and trying to solve the demands about health.

Keywords: Embracement; Care Humanization; Prematurity; Mothers.

RESUMEN

LELIS, Beatriz Dutra Brazão. **El acogimiento materno en el contexto de la Prematuridad en un Hospital Amigo del Niño.** 2014. 92 f. Disertación (master) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013

El contexto prematuridad trae para las madres muchas incertidumbres en relación al desarrollo de su niño, dificultades específicas para la interacción de la pareja por las particularidades inherentes a la condición del recién nacido pre término (RNPT), envolviendo una profunda adaptación de la madre a los cambios surgidos de la internación y de la situación en la que se encuentra el recién nacido. Delante de complejidad, la situación de prematuridad puede acarrear para la madre un sufrimiento, que podrá desarrollar sentimientos desestabilizadores en función de las dificultades acarreadas por la internación y prematuridad. El estudio tiene como objetivo general analizar el acogimiento a las madres del RNPT hospitalizados en Unidad de Terapia Intensiva neonatal, de un Hospital Amigo del Niño. Como objetivos específicos: Describir los sentimientos experimentados por la madre del RNPT desde la perspectiva del acogimiento en UTIN, en el método Canguro y Casa de la embarazada en el contexto de un Hospital Amigo del Niño en Passos-MG; Identificar las estrategias de enfrentamiento utilizadas por las madres para lidiar con situaciones causantes de sentimientos y dificultades en el contexto de un Hospital Amigo de los niños en Passos-MG;

Comprender como se da la humanización de tal atención, teniendo en vista las interrelaciones, y también comprender de qué forma los procesos de acogimiento establecen relaciones con la humanización del cuidado en los diferentes ambientes de la madre en el contexto. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo enfoque cualitativo, pautada en el concepto de humanización, para el proceso analítico de la modalidad de análisis temática. Participaron de la investigación madres de recién nacidos pre término ingresados en la UTIN de un Hospital Amigo del Niño, utilizando el criterio de saturación teórica. Fue realizada, de forma individual, una entrevista semi-estructurada, grabada en audio y, tras la transcripción, fueron identificadas tres categorías de análisis y subcategorías a partir de las verbalizaciones de las participantes. 1-El impacto de la separación súbita tras el parto: La madre delante del proceso de internación: preocupándose por el hijo y la seguridad de la supervivencia: apoyándose en la espiritualidad; 2- Vivenciando el método Canguro: Permaneciendo cerca del hijo en la experiencia del Método Canguro, Restricciones en la experiencia del Canguro, Sintiendo Impotente y de-

samparada y Teniendo otros hijos; Permaneciendo cerca del hijo en la experiencia del Método Canguro; 3- Casa de la Embarazada: Recibiendo apoyo y aprendizaje: charlando con otras madres: Cambiando experiencias , Apoyo del PROMAI y Teniendo apoyo del equipo de enfermería. Se concluye que, aunque en un Hospital Amigo del Niño, provisto de estrategias que busquen la humanización del cuidado, todavía urge la necesidad de un modelo que determine el acogimiento, centrado en los intereses de los usuarios, que busque la organización del trabajo, con vistas a la escucha y a la resolución de demandas en salud.

Palabras clave: 1. Acogimiento. 2. Humanización de la Asistencia. 3. Prematuridad. 4. Madres

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fachada da Santa Casa de Misericórdia de Passos	43
Figura 2	Casa da Gestante da Santa Casa de Misericórdia de Passos.....	45
Diagrama 1	Impacto da separação súbita após o nascimento.....	53
Diagrama 2	Vivenciando o Método Canguru.....	59
Diagrama 3	Recebendo apoio e aprendizado.....	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Indicadores da UTIN	42
Quadro 2	Categorização dos sujeitos a partir dos dados	51
Quadro 3	Categorias e subcategorias.....	52
Quadro 4	Respostas das mães diante do processo de separação	53
Quadro 5	Respostas das mães quanto à vivência no Método Canguru	59
Quadro 6	Respostas das mães na Casa da Gestante	67

LISTA DE SIGLAS

AID	<i>United States Agency for International Development Authority</i>
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
BPN	Baixo peso neonatal
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
COREN	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
DST	Doença Sexualmente Transmissível
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MC	Método Canguru
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Governamentais
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PROMAI	Programa de Atenção Materno-Infantil
RN	Recém-nascidos
RNPT	Recém-nascidos pré-termo
SCMP	Santa Casa de Misericórdia de Passos
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Maternagem: do nascimento à hospitalização	19
1.2 Objetivos.....	27
2 BASES CONCEITUAIS	28
2.1 Construindo a humanização do cuidado: Processo de humanização nas UTINs e o acolhimento	28
2.2 Políticas de humanização da assistência materno-infantil.....	31
3 PERCURSO METODOLÓGICO	39
3.1 Caracterização do estudo	39
3.2 Local do estudo.....	40
3.2.1 O hospital: títulos e prêmios	42
3.2.2 Ações de humanização da Santa Casa de Misericórdia de Passos	44
3.2.3 Casa da Gestante.....	45
3.3 Participantes do estudo	46
3.4 Coleta de dados.....	47
3.5 Análise dos dados	48
3.6 Princípios éticos da pesquisa	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
4.1 Identificação das entrevistadas	51
4.2 Compreendendo o universo das mães	52
4.2.1 Primeira Categoria – O IMPACTO DA SEPARAÇÃO SÚBITA APÓS O NASCIMENTO	53
4.2.2 Segunda Categoria – VIVENCIANDO O MÉTODO CANGURU	59
4.2.3 Terceira Categoria - CASA DA GESTANTE: RECEBENDO APOIO E APRENDIZADO	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista	90
ANEXO A - Aprovação do Conselho de Ética da Coparticipante	91
ANEXO B – Galeria de Fotos	92

1 INTRODUÇÃO

1.1 Maternagem: do nascimento à hospitalização

A experiência da maternidade, na relação inicial da mãe com seu bebê, tem sido alvo de investigações por se constituir em um momento complexo e envolto em sentimentos e emoções intensas. Devido ao período sensível no qual a mãe se encontra, inúmeros fatores são capazes de interferir no processo do vínculo com seu bebê.

Durante os nove meses de gestação, a mãe alimenta dúvidas, receios e ambivalências a respeito do filho, assim como também o desejo de uma criança perfeita. Quando nasce um bebê saudável, o vínculo que se foi estabelecendo na medida em que o feto se desenvolvia ainda no útero da mãe se fortalece a cada dia que passa. Já quando ocorre a intercorrência da prematuridade este recém-nascido tem de ficar sob os cuidados de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), sendo, para a mãe, como se confirmassem todos os temores presentes no período de gestação (BALDISSARELLA; AGLIO, 2009).

A maternidade é um espaço de idealizações, expectativas e ambivalências, mas este último atributo não tem visibilidade. A gravidez é retratada como um estado de plenitude. Acompanhar de perto esta realidade é constatar que ela não é tão perfeita, ainda que não haja imprevistos. Szejer e Stewart (1997) tratam sobre a dificuldade da separação entre mãe e bebê, mesmo em partos a termo. Mathelin (2005) ressalta que, desde o nascimento, o bebê não está mais no ventre da mãe e, portanto, já existe falta. Esta perda de completude é em geral parcialmente compensada pela presença do bebê junto à mãe.

O amor materno tem caráter de sofrimento. A identificação é tão forte que o despreparo do bebê para a vida pode criar uma condição insegura para que a mulher se construa como mãe. Sua estrutura psíquica contribui para que esta crise seja vivida com sucesso. Isso depende de fatores inconscientes que podem emergir fortemente (COSTA; MOMBELLI; MARCON, 2009).

Em uma situação de parto prematuro, a mãe vivencia adaptações às mudanças fisiológicas e psicológicas, um período puerperal diferenciado para uma gravidez que ocorreu de forma distinta: um parto antecipado, rompendo com seus projetos, ou seja, desfazendo a situação idealizada. Considera-se que a vivência do parto prematuro pode desencadear uma intensa fragilidade emocional, e que a mãe precisa se organizar psiquicamente para elaborar conte-

údos que surgem do inconsciente, podendo até mesmo se desequilibrar e advir uma patologia psíquica (SCARABEL, 2011).

Dessa forma, o nascimento pré-termo é um desses eventos potencialmente traumáticos na vida do recém-nascido e da mãe, podendo acarretar diversos prejuízos para a maternidade, para a relação mãe-filho e para o desenvolvimento do bebê. Segundo Fleck (2011), uma parte das mães consegue elaborar a perda do bebê imaginário da gestação e estabelecer um vínculo forte com bebê real prematuro. Porém este processo de aceitação do filho prematuro, adaptações às suas necessidades de sobrevivência e conforto emocional envolvem, geralmente, intenso sofrimento a estas mães.

As internações dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) representam um número expressivo nas unidades neonatais, devido ao risco de adaptação dessas crianças à vida extrauterina, decorrentes da imaturidade anatomofisiológica e do próprio processo de diagnóstico e da terapêutica. O RNPT pode apresentar uma série de complicações, após o nascimento, e, muitas vezes associado à prematuridade encontra-se o baixo peso neonatal (BPN), acentuando ainda mais os riscos de morbimortalidade infantil (VASCONCELOS; LEITE; SCOCHI, 2006).

Relatório recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que 15 milhões de bebês nascem prematuramente todo ano, numa proporção de mais de um em cada 10 nascimentos no mundo, taxas essas que estão aumentando a cada ano. A prematuridade é a causa-líder de morte neonatal (WHO, 2012).

Com os avanços da medicina neonatal, cada vez mais, bebês menores e mais enfermos têm sobrevivido ao seu nascimento prematuro. Enquanto esses bebês lutam por suas vidas, seus pais sofrem com as consequências psicológicas de uma situação inesperada. Ao verem seus bebês pela primeira vez na UTIN, geralmente se chocam com o tamanho minúsculo do RNPT e se sentem muito ansiosos com a quantidade de tubos, fios e máquinas a ele ligadas. O contato físico da mãe com o RNPT é de fundamental importância do ponto de vista da humanização. Neste contexto, há uma expressiva necessidade de tentar encontrar formas de amenizar o sofrimento da mãe que se encontra nesta situação e traçar possíveis estratégias de enfrentamento (IUNGANO, 2009).

O mundo do hospital, com seus sistemas, dinâmica e rotina é muito diferente daquele que a mãe e a família conhecem. A convivência neste ambiente permeado por pessoas e organização peculiar pode provocar alterações emocionais tanto na criança quanto na família (COSTA; COLLET; GONÇALVES, 2007).

Como apontam Guedeney e Lebovici (1999), a hospitalização do bebê rompe uma interação de intensa afetividade. Esta interatividade se dá entre a mãe e dois bebês: o que existe em seu útero e o do seu imaginário. O bebê real provoca reações intensas e ambivalentes. Diferentemente, ele possui características próprias e, mesmo fragilizado, comporta-se, reage e se relaciona de maneira própria, o que pode encantar e assustar. É necessário conhecer este filho e aos poucos desfazer o idealizado (CAMAROTTI, 2000).

Além de ter de conviver com a prematuridade do RN, a mãe precisa adaptar-se a esse novo ambiente e às novas situações presentes. Araújo e Rodrigues (2010) referem que a mãe na UTIN passa a ser mera expectadora dos cuidados especializados prestados pela equipe de saúde, o que produz incerteza e insegurança em relação à vida do seu filho fora daquele ambiente.

A importância do investimento na maternidade, quando ameaçada pela prematuridade, é proporcional à importância atribuída à relação mãe-filho pela psicologia. Autores como Winnicott (2000) fazem alusão ao ambiente neonatal propício ao desenvolvimento psíquico, centralizando-se na interação mãe-bebê.

É fundamental mencionar as transformações psíquicas que acontecem no processo de tornar-se mãe. Dentre os autores que abordaram o tema se destaca Winnicott (2000) que descreveu o estado de preocupação primária, típico do final da gravidez e pós-parto, quando a mulher dirige seu foco de atenção e investimentos para o bebê. Caracteriza este estado a regressão emocional da mãe à sua infância, o que propicia a identificação com o bebê, tornando-a mais apta a compreender e a atender às suas necessidades. De acordo com o autor, a mãe deverá estar disponível no tempo, não bastando estar fisicamente presente: ela deve estar pessoalmente bem, a ponto de manter uma atitude constante durante um período de tempo, permitindo que o bebê experimente suas ansiedades e as elabore em seguida. Na perspectiva de Winnicott (2006), a mãe conseguiria se colocar no lugar do bebê e com isso entender suas necessidades primordiais.

Assim como Winnicott (2006) enunciou que um bebê deve ser considerado como parte de seu ambiente, não é possível falar sobre prematuridade sem considerar as condições de tratamento. A UTIN é um termo que carrega uma contradição, ao referir-se ao início da vida e ao risco de morte. Sobrevivência e desenvolvimento dependem dos equipamentos, de medicamentos e profissionais atuantes neste contexto e que se tornam o mundo do prematuro/mãe/família. Diferente do que acontece com bebês a termo, eles têm seus ciclos regulados por contingências diferentes de suas necessidades.

Enquanto é providenciada a sobrevivência, sua vida fica incerta, com a característica de um ser que pode morrer, mas carrega a esperança de um “bebê em potencial”. Quando vive, alguns fantasmas resistem. As sequelas da prematuridade, os possíveis efeitos da hospitalização e o estigma de fragilidade podem ser os principais a serem observados pelas mães especialmente nesse momento (IUNGANO, 2009).

Considerando a temática, o estudo de Sales et al. (2006) aborda as mães que tiveram bebês nascidos prematuros e necessitaram ser assistidos em UTIN, buscando compreender os sentimentos suscitados nessas mães por tal situação projetar novas possibilidades de cuidados a estes seres. Embasados nos princípios de fenomenologia existencial, emergiram quatro categorias: a dor de ver seu filho nascer prematuro e ser tirado dos seus braços; padecimento ante a possibilidade de perder parte de si; sentimentos avivados partindo da compreensão da situação do filho e a importância da equipe de saúde no processo de recuperação do filho. Os autores referenciam a escuta como sendo um dos instrumentos imprescindíveis para assistir a mãe e seu filho em suas singularidades.

Wernet (2007) aponta, em seu estudo que envolve as experiências de tornar-se mãe na UTIN, que o processo de vinculação está diretamente relacionado aos sentimentos em relação ao bebê e à situação. Apenas com a estabilidade progressiva da criança e a identificação de que a sobrevivência é possível, a alegria e a sensação de superação passam a ser sentimentos presentes, com favorecimento e sedimentação da esperança.

A esperança é o sentimento que mobilizará todo o processo de maternagem e de vínculo a ocorrer. Acreditar na sobrevivência do bebê mobiliza a procura da fé para vencer sentimentos de medo e insegurança, para encontrar a esperança e a força que, auxiliando momentos difíceis, conduzem à busca de estratégias que favoreçam a participar e a acreditar na recuperação e na sobrevivência do filho (GRIFFIN; WISHBA; KAVANAUGH, 1998).

Entretanto considerando as relações entre mãe e filho, as transformações e conflitos vividos na fase perinatal, nos deparamos com a importância do cuidado em casos de risco. A situação de uma UTIN, bem como as intervenções psicológicas principalmente na mãe a serem feitas, encontra-se no limiar do profilático, pois a prematuridade e sua complexidade já estão expostas. Devemos pensar em prevenir o sofrimento, trabalhar através dele poderá trazer consciência e mobilizar recursos.

Iungano (2009) refere que não somente a imagem do bebê está implicada na hospitalização, mas a da própria mãe. Identificada com o filho, ela pode se ver como insuficiente, produtora de um bebê falho. O investimento afetivo, necessário para a construção psíquica, é

prejudicado quando o objeto no qual a mãe deve investir remete à sua imperfeição. Os sentimentos e significações atribuídos pela mãe aos acontecimentos perinatais podem ter influência nas representações psíquicas do bebê, da maternidade e de si mesma, o que pode imergir ao parto prematuro, produzindo na mãe o sentimento de culpa.

Os sentimentos de culpa aumentam a ansiedade dos pais, pois temem ter feito ou deixado de fazer algo durante a gravidez que tenha repercutido sobre o bebê e resultado na prematuridade (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000). O ambiente acolhedor do alojamento conjunto e da UTIN exerce grande importância na proteção da mãe diante das exigências da realidade, para que ela possa ocupar-se do bebê. Porém, a necessidade da presença constante junto ao bebê e os fatores emocionais podem causar o afastamento da mãe do convívio social, ocasionando sentimento de desamparo. A equipe médica e de apoio ocupa um lugar ambivalente, e em muitos casos é glorificada e vista como salvadora.

A tendência atual em unidades neonatais é promover a participação das famílias e o contato precoce com a mãe, uma provável consequência do conhecimento sobre a importância do vínculo. Este tipo de medida, ainda que aconteça sob algumas limitações, tem efeitos benéficos sobre o bebê e seus pais. É possível observar a influência do investimento dos pais no desenvolvimento do prematuro. Isto não significa que haja relação direta entre tempo ou afeto dispensado ao bebê e a sua recuperação (IUNGANO, 2009).

A hospitalização em situação de prematuridade do recém-nascido é uma experiência estressante, dadas as situações em que ocorre, e envolve profunda adaptação da mãe às várias mudanças decorrentes do processo de internação, independentemente de sua idade. A internação imediata do RNPT, a separação de casa e do convívio familiar, além dos procedimentos terapêuticos que, muitas vezes, agredem o RNPT física e emocionalmente, são fatores desestruturantes para os familiares (MONTICELLI, 2004). A assistência ao RNPT hospitalizado é parte de um trabalho amplo que envolve distintos agentes, entre esses, a equipe, a mãe e sua família, estes agentes envolvidos neste contexto geralmente estão expostos a diferentes sentimentos que podem acarretar sofrimento psíquico principalmente à mãe (COSTA; MOMBELLI; MARCON, 2009).

Scochi et al. (2003) apontam que o fato de a mãe não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo e embalá-lo é bastante frustrante. 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 autoestima afetada, pelo ambiente da UTIN e pela falta de autoconfiança na capacidade de criar o filho. Além disso, acrescentam que o choque pela hospitalização de um

bebê pode ser compreendido quando observamos os pais serem confrontados 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 do seu filho.

A comunicação é uma atividade que intermedeia as relações, portanto é essencial no dia a dia do hospital. As interações na UTIN são mediadas pela necessidade de comunicação que se estabelecem através de diálogo, de troca de informações e de mensagens não verbais. No entanto, no cotidiano do trabalho, a ênfase é o controle biológico do neonato, centrado na doença, não se percebendo preocupação dos profissionais em decodificar termos técnicos que utilizam na comunicação com os pais, muito menos a disposição para ouvir e acolher os familiares dos recém-nascidos (SCOCHI, 2000).

Araujo e Rodrigues (2010) destacam a importância do estímulo do contato mãe-bebê para o crescimento e o desenvolvimento saudável, em pleno equilíbrio de suas dimensões psicológicas, social e espiritual. Este cuidado pode ser desenvolvido através da realização de cuidados maternos diários ao bebê, cuidar do bebê prematuro significa, para a mãe, mais que uma execução de tarefas aprendidas, representa um exercício de (re)conhecimento de seu filho, aceitação e ligação afetiva.

O cuidado com esta mãe deve ser tomado pelo profissional de enfermagem nesta área. Muitas vezes a demanda é de fortalecimento, promoção do vínculo e alívio do sofrimento, nem sempre acompanhada do questionamento sobre as condições para que isso aconteça. O enfermeiro é parte deste processo, estando sempre presente e tentando compreender a reação de sofrimento das mães, ajudando os membros da família a identificar os sistemas de apoio que podem fornecer ajuda posterior, entre outras ações de cuidado, presteza e intervenções assistenciais. Dessa forma, os profissionais de saúde que atuam na UTIN devem ser sensíveis para compreender esses sentimentos vivenciados pelas mães e implantar estratégias que propiciem às mães expressar seus medos e anseios, inserindo-as gradualmente no cuidado, para desenvolver habilidades e o vínculo afetivo (COSTA; ARANTES; BRITO; 2010).

A comunicação efetiva é um recurso primordial para o alcance das demandas maternas. A equipe de assistência, sendo o elemento que está na vivência da mãe, recém-nascido e familiares na UTIN, deve atentar-se para a forma de agir, buscando oferecer uma presença que facilite os processos vividos pelos pais/família. O processo de enfrentamento destaca para interações com os profissionais da saúde, principalmente a enfermagem, como promotora da resiliência dos pais (BELLI, 2003).

A partir dessa relação RNPT/mãe-família/ambiente, a mãe “acompanhante” precisa lançar mão de alguns recursos de enfrentamento para modificar a sua relação com o ambiente. Muitos estudos investigam recursos de enfrentamento, e os diversos fatores que interferem no modo como os indivíduos lidam com os diferentes eventos ambientais a que são expostos ao longo do ciclo de vida (KOHLSDORF; COSTA JUNIOR, 2008).

Assim, esta necessidade de permanecer na UTIN interrompe a forma habitual de vida da mãe e de seus familiares também, configurando um estado de crise, agravado por algumas características específicas determinadas pela hospitalização, com suas relações e com as reações dos agentes envolvidos: é necessário, portanto, uma intervenção a partir do reconhecimento precoce e do manejo eficiente desse sofrimento.

Considerando o acolhimento um conjunto de ações que deve ser contextualizado, o relacionamento entre a equipe e os usuários dos serviços é definido pela solidariedade da equipe para escutar, acolher e atender a demandas; em um conceito de saúde integral do usuário resultando em uma relação humanizada. Essa relação fundamenta o acolhimento, entendido como um arranjo tecnológico que visa a escutar todos os usuários, resolvendo seus problemas e/ou referenciando-os (CARVALHO; CAMPOS, 2000).

De modo geral, questões relativas ao acolhimento, salientados na esfera mais ampla de atenção em saúde, são similares na dimensão do cuidado no puerpério, especialmente no que concerne às expectativas, percepções, concepções eventuais e dificuldades vividas pelos usuários/mães em torno de tal processo. Apesar disso, porém parece importante explicitar-se, com base nas vivências das mães e que marcam neste processo de internação do RNPT, já comentadas, a essencialidade de tais processos em tal campo de cuidado (LIMA, 2010).

Alguns autores expõem experiências bem-sucedidas no acolhimento, assim como serviços em que os processos de acolhimento e humanização se dão; ainda que nem sempre o seja do modo preconizado pelo MS (BRASIL, 2008) e aqui compreendido, ou seja, como fenômeno complexo que implica recepção, apoio, escuta, reorientação dos processos de trabalho e também postura que permeia todos os encontros do usuário no serviço de saúde.

Entendendo, assim como Merhy (1998) pontua, o trabalho em saúde como trabalho vivo em ato, Teixeira (2003) postula que sua substância essencial é a conversa. De modo a ilustrar essa premissa, destaca que a observação de um serviço de saúde permite perceber que todo o seu funcionamento se fundamenta em conversas, sejam essas exclusivas ou motores de procedimentos em realização. Por essa razão, defende ser possível considerar a rede técnico-

assistencial de serviços de saúde como redes de conversação, nas quais o trabalhador utiliza determinadas “técnicas de conversa” (TEIXEIRA, 2003).

O autor, então, discorre acerca de uma conversa que denomina de acolhimento dialogado, que se fundamenta na validação do outro em quem ele legitimamente é no reconhecimento de que os sentidos de dada situação podem ser apenas desvelados no encontro intersubjetivo de profissionais e usuários, dado que “todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo”. Para o autor, embora possa também se expressar pela atividade de recepção do usuário no serviço de saúde, o acolhimento não se restringe a ela, estendendo-se por todos os encontros que permeiam o trânsito daquele usuário pela rede. Essa concepção é importante porque, assim como se dá com outros termos da área de saúde como no caso da humanização, o acolhimento também vem sendo compreendido sob diferentes enfoques.

Um desses enfoques o associa à atividade de recepção, denominada de acolhimento, como instrumento de qualificação da relação profissional-usuário, passando a ser permeada por solidariedade, humanidade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Ademais, orientado por um modelo centrado nos interesses dos usuários, destaca-se como alternativa de rompimento do modelo biomédico, médico-centrado, especialmente por mobilizar, com vistas à escuta e à resolução de demandas em saúde, a organização interdisciplinar do trabalho. Salienta-se também, nesse sentido, a importância de envolver os diversos profissionais nas tarefas do acolhimento (ESPERANÇA; CAVALCANTE; MARCOLINO, 2006; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; SCCHOLZE et al., 2006).

Isso posto, a motivação para o estudo, centra-se, especialmente, na intenção de trazer subsídios para contribuir com o avanço nas discussões acerca da atenção e do cuidado emocional com a mãe, além de possibilitar a utilização de novos instrumentos de análises deste contexto. A produção do conhecimento com vistas a produzir dispositivos de intervenção no cotidiano do ambiente hospitalar amplia as ações, em uma perspectiva de atuação interdisciplinar, para uma assistência integral e de qualidade.

Considerando a situação por hora apresentada, alguns questionamentos norteiam a motivação para o estudo: como se dá a vivência e sentimentos das mães de prematuros internados em UTIN nos ambientes de cuidado de Hospital Amigo da Criança? Existe algum diferencial que caracterize algumas práticas no contexto do Hospital Amigo da Criança que possam colaborar com o apoio a essas mães? As estratégias que envolvem o Método Canguru e Casa da Gestante no contexto de um Hospital Amigo da Criança colaboram com o enfrentamento das

mães nessa realidade? O acolhimento se faz realmente presente nesses ambientes do contexto específico de humanização na atenção a saúde?

1.2 Objetivos

Objetivo Geral

O presente projeto tem por objetivo geral analisar o acolhimento às mães de RNPTs hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, nos ambientes de cuidados de um Hospital Amigo da Criança.

Objetivos específicos

- Descrever os sentimentos vivenciados pela mãe do RNPT na perspectiva do acolhimento na UTIN, no Método Canguru e Casa da Gestante, no contexto de um Hospital Amigo da Criança em Passos- MG.
- Identificar estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães para lidar com situações causadoras de sofrimento, no contexto de um Hospital Amigo da Criança em Passos-MG.
- Caracterizar o acolhimento no processo de humanização de tal atenção a saúde.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 Construindo a humanização do cuidado: Processo de humanização nas UTINs e o acolhimento

A preocupação em humanizar o atendimento, de maneira geral, tem sido enfatizada desde o final da década de 50, do século passado, quando alguns estudos enfocaram a necessidade de humanização em saúde, segundo a lógica caritativa. Tal enfoque vai se modificando no decorrer dos anos até configurar-se como um direito dos cidadãos ao acesso à saúde, considerando a dignidade do usuário (CASATE; CORRÊA, 2005).

Mudanças no conceito de saúde no Brasil vêm desde o final da década de 1980 através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde inúmeras transformações nas políticas públicas de saúde desde o século passado culminaram com a reforma sanitária e consequente proposta de reformulação do sistema nacional de saúde, com a VII Conferência Nacional de Saúde (1986) (MENDES, 1996).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, característica marcante das políticas de saúde que o precederam. Entre outros a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A saúde passa a ser considerada um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

A relação entre os princípios do SUS, e dentre eles a humanização em saúde, acomete não apenas a garantia de acesso, mas a garantia da qualidade destes serviços aos quais eles terão acesso. Além disso, a humanização se faz presente quando os profissionais são capazes de reconhecer as necessidades diversas dos usuários, de forma a garantir um atendimento com respeito às singularidades de cada um, pois toda e qualquer pessoa tem direito também ao

acesso a serviços de prevenção, promoção e não apenas recuperação da saúde, sendo que todos os serviços devem ser garantidos pelo Estado (BOLELA, 2008).

Casate e Corrêa (2005) abordam as diversas concepções de humanização que foram se configurando desde a década de 1950 até os dias atuais, apreendendo os modos como a temática foi sendo considerada na literatura em saúde, especificamente em enfermagem. Assim são apontadas algumas temáticas: a humanização é necessária, considerando que nos serviços de saúde existam práticas desumanizantes; o emergir da humanização como necessidade no contexto da civilização técnica, o que permite perceber a dicotomia técnico/humano; a humanização relacionada à organização dos serviços de saúde, revelando uma prática que evolui da visão caritativa da pessoa a ser cuidada ao reconhecimento do paciente como sujeito; a humanização relacionada à organização dos serviços de saúde por meio de investimentos na estrutura física e na gestão dos serviços; a humanização e suas interfaces com o investimento no trabalhador, possibilitando que o mesmo tenha condições de oferecer um cuidado humanizado; a humanização como problemática na formação de profissionais de saúde e a humanização enquanto projeto político de saúde.

Na assistência integral em Neonatologia, a preocupação não se limitava apenas à articulação de serviços para continuidade da assistência, mas também ao atendimento das necessidades psicobiológicas e sociais da criança, mãe e família, sendo este contexto gradativamente transformado no modelo de atenção à saúde. Nas modernas UTINs, equipadas com tecnologia de ponta de suporte à vida e aos recursos humanos especializados, a equipe multiprofissional foi incluindo a família no cuidado, ampliando as suas bases teóricas no processo saúde-doença-cuidado (SCOCHI, 2000).

A preocupação com a sobrevivência dos prematuros, sobre a qual o trabalho em saúde concentrava-se no domínio da doença, expandiu-se de modo a considerar não somente os aspectos quantitativos, mas também a qualidade de vida. Na assistência ao prematuro, a preocupação com a qualidade de vida determinou a busca de um atendimento individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do bebê e da família. Os pais, em especial a mãe, foram inseridos no processo de trabalho em saúde, para o fornecimento e estabelecimento do vínculo e apego, além do seu preparo para o cuidado domiciliar do filho (SCOCHI, 2000).

Determinados avanços do conhecimento mostraram outras necessidades que não apenas as de vitalidade de um bebê funcionalmente adaptável, mas as de um ser que precisa estabelecer relações com a família, com a equipe e com a sociedade, o que lhe dá direitos universais de cidadania.

Na organização e planejamento dos serviços de saúde, em busca da transformação das práticas, o acolhimento é parte de um conjunto de atos executados por profissionais de saúde e integra o ideário da humanização do atendimento. Os trabalhadores e o serviço, como um todo, devem estabelecer relação humanizada com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam (MERHY, 1985).

Assim, consideramos o acolhimento um processo de relações humanas entre profissionais, bebês, mães e suas famílias, no qual a solidariedade, o respeito para com o outro, o vínculo e a ética devem se fazer presentes no cotidiano do trabalho, e vai se conformando a doutrina ou o ideário da humanização da assistência neonatal, inserida em um movimento internacional maior, o dos Direitos Universais, cujos princípios voltados ao cuidado à criança nascida pré-termo, às mães e a sua família se assentam nos direitos de cidadania de: ter garantido o acesso a serviços de boa qualidade e integrados de modo a assegurarem a continuidade da assistência; ser atendido em suas necessidades biológicas, emocionais e psicossociais; ser acolhido pelos trabalhadores e serviços; ter os pais junto ao filho, participando ativamente do processo terapêutico e da tomada de decisão relativos ao desenvolvimento integral da criança; ter garantido os seus direitos de cidadão (MATUMOTO, 1998).

A humanização também aparece ligada ao reconhecimento da individualidade da mulher, o que permite ao profissional perceber as necessidades e capacidades de cada mãe, lidar com a gravidez e o nascimento do pré-termo. É também o que possibilita que este profissional estabeleça uma relação mais horizontal e de confiança com ela, no que se refere ao acolhimento. Para que seja possível assumir uma abordagem humanizada, ou seja, para, de fato, mudar a relação profissional de saúde/mulher, Brasil (2001) defende ser necessária uma mudança de atitude e, para isso, é importante que o profissional esteja sintonizado com as novas propostas (LIMA; FERNANDES, 2006).

A tradução de acolhimento, enquanto recepção, pode nos levar a pensar em ato, mas o atendimento não se limita ao ato de receber e nem a um setor, a recepção na unidade de saúde, tal como na Casa da Gestante/Rede Cegonha, UTIN, mas resulta, sim, em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho, as palavras de atenção e consideração remetem que o acolhimento pode estar sempre presente, quando se deseja um atendimento humanizado. As traduções “abrigar”, “hospedar-se”, “amparar-se”, “recolher-se” demonstram que o processo de acolhimento implica em trazer o outro para dentro de si mesmo, trazê-lo

para dentro de sua casa, como na abordagem religiosa ou da unidade de saúde, implicando em relações de aproximação das pessoas (MATUMOTO, 1998).

Uma abordagem, segundo Gasques (1996), sobre o acolhimento é a religiosa, sob o ponto de vista da Igreja Católica, o acolhimento tem origem nas palavras de Jesus. Acolher aparece como sinônimo de buscar, acolher os excluídos, vencer obstáculos, despertar a necessidade de humanização dos grandes centros urbanos. Enfatiza a importância de pequenos detalhes, o gesto, a fala, o relacionamento harmônico, confiança, suas circunstâncias e sua realidade. Ele mostra a amplitude desta temática e afirma: É provável que o acolhimento deve envolver muitas outras questões que o nosso limite humano não pode alcançar nesse momento. Esta concepção religiosa traz elementos importantes para se pensar o acolhimento, sobretudo no que se refere à valorização do ser humano e à assunção de uma postura mais solidária e respeitosa para com o outro.

2.2 Políticas de humanização da assistência materno-infantil

Programas de intervenção centrados na criança, nos pais, ou em ambos, têm evidenciado melhorias na interação pais-filho e no desenvolvimento integral da criança. Com a preocupação do governo em 2001, a tendência à humanização da assistência assume maiores dimensões, em seu sentido mais amplo, tornando-se um conjunto de ações integradas para uma mudança no padrão de assistência aos usuários nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2001b) surgiu com o objetivo fundamental de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si, e entre hospitais e comunidade, tendo como desafio a melhoria da qualidade do atendimento e a valorização dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2001b).

Como forma de garantir um suporte nas ações voltadas para a humanização da assistência criou-se uma Rede Nacional de Humanização, com site próprio na internet constituindo-se um importante instrumento *on-line* de comunicação e trocas de informações e experiências entre as instituições, sendo fundamental para consolidação do processo de humanização nos hospitais (BRASIL, 2001b).

Criou-se em 2003, o HUMANIZASUS Política Nacional de Humanização, hoje completando 10 anos de muito trabalho no processo de humanização, com a proposta de tornar-se não apenas mais um programa do Ministério da Saúde do Brasil, mas, uma política que opere

transversalmente em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, uma política entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2004).

No que se refere à especificidade do RNPT, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria Nº 693 de 5/7/2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, o Método Canguru (MC), para uma assistência de melhor qualidade, mais integrada, considerando o ser em sua totalidade. O Manual do Método Canguru expõe estudos relatando que o recém-nascido pré-termo normalmente representa um momento de crise para a família, um período limitado de tempo de desequilíbrio e/ou confusão, durante o qual os pais podem ficar temporariamente incapazes. Além disso, o Manual apresenta a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) do Ministério da Saúde nos diferentes níveis de complexidade da atenção neonatal, ressaltando os elementos básicos do método, as características da população-alvo, as vantagens da utilização, as peculiaridades da aplicação, as condições clínicas dos recém-nascidos nas três etapas do método, a importância e as formas de acompanhamento do bebê após a alta hospitalar e a importância da avaliação do método (BRASIL, 2009).

A posição canguru consiste em manter o RNPT ou de baixo peso ao nascer em contato pele a pele, na posição vertical, junto ao peito materno ou de outro familiar (BRASIL, 2009). É considerado um método natural e sem custos adicionais que possibilita a participação ativa da mãe no cuidado e se constitui em estratégia já preconizada pelo Ministério da Saúde, denominada Método Canguru, destacam-se a promoção ao aleitamento materno e o desenvolvimento do bebê, além do fortalecimento do vínculo mãe-bebê e família (CASTRAL, 2010; FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003; MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2007).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) surgiu em Florença, na Itália, entre os dias 30 de julho e 1º de agosto de 1990, através da “Declaração de Innocenti” que foi produzida e adotada por representantes de organizações governamentais, organizações não governamentais - ONGs, defensores da amamentação de países de todo o mundo, no encontro “Breast feeding in the 1990s. a *“Global Initiative”* organizado pela OMS/UNICEF com apoio da *United States Agency for International Development Authority* (AID). Foi idealizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce.

Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. À IHAC somam-se os esforços do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS), coordenado pelo Ministério da Saúde para informar profissionais de saúde e o público em geral; trabalhar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando; apoiar rotinas de serviços que promovam o aleitamento materno; combater a livre propaganda de leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras (BRASIL, 2009).

Alguns autores defendem que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança pode ser considerada como uma campanha de caráter mundial que enfatiza a importância dos estabelecimentos de saúde (hospitais/ maternidades) na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. (Venâncio et al., 2002). O fato de a criança nascer em uma instituição com Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC pode ter impacto significativo na prática do aleitamento materno exclusivo (AME) (SOUZA; ESPÍRITO SANTO; GIUGLIANI, 2006).

Levin (1999) fez uma crítica a esse movimento, por acreditar que o conceito de um Hospital Amigo da Criança deve envolver muito mais do que a amamentação de bebês saudáveis, considerando, portanto, os dez passos sugeridos pela IHAC inadequados para recém-nascidos doentes e prematuros. Com base em sua experiência, o autor apresentou uma denominação mais abrangente - **Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado**, sugerindo a utilização dos 11 passos para a melhoria do cuidado médico e psicossocial dos recém-nascidos doentes, e o estresse psicológico das mães nas unidades neonatais.

Alguns países têm expandido a IHAC para outros cenários de cuidado, levando em consideração o contexto das unidades de terapia intensiva neonatal, as necessidades peculiares dos RNPTs e/ou gravemente doentes e a necessidade de um cuidado diferenciado para oferecer o apoio necessário de que as mães e família de RNPT precisam (NYQVIST et al., 2013; NYQVIST; KYLBERG, 2008). Em 2009, um grupo formado por pesquisadores da Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia e do Canadá se reuniram para desenvolver uma proposta de versão unificada de expansão, a IHAC-Neo, baseada em revisão de evidências científicas, opiniões de especialistas e nas experiências dos países nórdicos e outros países do mundo (NYQVIST et al., 2012).

Nesse contexto emergiu uma proposta de expansão da IHAC original para este segmento populacional de risco, com novos *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno Exclusivo em Unidades Neonatais* (NYQVIST et al., 2013), aqui denominada **IHAC-Neo**, embasada em três princípios norteadores para fundamentar as ações de apoio e o redelinea-

mento das práticas: I) a atitude da equipe deve focar e responder às necessidades individuais de cada mãe no seu contexto, II) todas as ações devem facilitar a abordagem do cuidado centrado na família e III) assegurar a continuidade do cuidado entre os períodos pré-, peri- e pós-natal, bem como após a alta hospitalar. Os novos Dez Passos da IHAC-Neo estão abaixo sintetizados e fundamentados (NYQVIST et al., 2013).

1) Ter uma política escrita que é rotineiramente comunicada para todos os profissionais de saúde. Um resumo desta política deve ser escrito em linguagem de fácil compreensão para a equipe bem como para as famílias e deve ser fixado em local visível e de fácil acesso nas unidades neonatais (NYQVIST et al., 2013). Este passo não apresenta mudança se comparado ao IHAC convencional, entretanto, vale destacar o compromisso de estabelecer estratégias para a continuidade de se manter toda a equipe informada.

2) Educar e treinar todos os profissionais de saúde em conhecimentos específicos e nas habilidades necessárias para implementar essa política. Uma das habilidades comprovadamente essenciais para o apoio do aleitamento do RNPT e o aconselhamento dado à vulnerabilidade e insegurança em que essas mães geralmente se encontram. As UTINs deveriam ter um plano de educação permanente para todos os novos membros da equipe, independente da categoria profissional para assegurar que toda a equipe tenha uma abordagem adequada para o incentivo do AM no RNPT (HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008).

3) Informar todas as gestantes hospitalizadas com risco de nascimento prematuro ou criança doente sobre o manejo da lactação e amamentação, e os benefícios do aleitamento materno. O início precoce e a manutenção da produção láctea são os aspectos de maior importância para que a mãe seja capaz de amamentar seu filho prematuro ou gravemente doente. O apoio precoce, sistemático e contínuo para as mães iniciarem a expressão láctea e amamentarem, tão logo seja possível, é essencial para superar as dificuldades fisiológicas e emocionais relacionadas com esse contexto desafiante para lactação e amamentação exclusiva pelo menos até o sexto mês de vida (RENFREW et al., 2009; RICE et al., 2010).

4) Encorajar precocemente o contato pele a pele mãe-bebê de maneira contínua e prolongada (Método Canguru- MC). Há evidências de que o MC se constitui em uma intervenção eficaz na promoção do AM, produzindo prevalências geralmente mais altas que o cuidado convencional, pois o contato pele a pele estimula a produção láctea, aumenta a duração da amamentação, proporciona maior ganho de peso, diminui o tempo de hospitalização, favorece o vínculo afetivo e diminui os períodos sem estimulação sensorial (ALMEIDA et al., 2010; BRASIL, 2009).

5) Demonstrar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer a estabilidade do bebê como único critério para o início precoce da amamentação. O peso e/ou idade gestacional foram utilizados por muito tempo como únicos parâmetros. É um desafio para a equipe reconhecer o momento ideal e seguro para esse início. É fundamental considerar todas as limitações fisiológicas advindas da imaturidade do trato gastrointestinal e reduzida capacidade funcional e gástrica dos RNPTs. Além disso, são muito pequenos e possuem pouca energia para sugar e há o controle inadequado da tríade sucção-deglutição-respiração pela imaturidade dos reflexos devido à falta de integração da musculatura dos lábios, bochechas, queixo, língua, palato, faringe e laringe; permanecem pouco tempo no estado de alerta para serem amamentados; possuem maior risco de aspiração e não demonstram sinais de fome e saciedade (AQUINO; OSÓRIO, 2008; SILVA et al., 2011). Essas condições dos RNPTs têm trazido certa dificuldade prática sobre o melhor momento para se iniciar a alimentação oral, o que tem levado os pesquisadores a buscar instrumentos precisos para a avaliação individual da prontidão oral do prematuro que propicie o início precoce do AM por via oral (FUJINAGA et al., 2008).

6) Não oferecer alimentos ou outras bebidas que não seja leite humano aos recém-nascidos, exceto se forem expressamente prescritos. Em se tratando de prematuros, há controvérsias a respeito dos fortificadores à base de leite de vaca, entretanto, tem sido considerado AME quando o bebê recebe leite humano pasteurizado e fortificado (NYQVIST et al., 2013).

7) Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia. A necessidade de hospitalização do RNPT se configura como um fator dificultador, visto que a permanência prolongada do RNPT em unidade de internação neonatal acarreta falta de contato precoce mãe-filho e dificuldade no estabelecimento da maternagem, responsabilização e apropriação do filho, fatores esses essenciais para o sucesso do AM (AQUINO; OSÓRIO, 2008; AZEVEDO; MENDES, 2008).

8) Encorajar livre demanda ou, quando necessário, semidemanda de amamentação como uma estratégia transicional para prematuros ou bebês doentes. Maneiras diversificadas são empregadas para essa transição, dada a dificuldade de se manejar essa fase na prática. Entretanto, a amamentação tem sido considerada o processo mais fisiológico e favorável para o desenvolvimento de todo o processo com eficácia e duração prolongada do AME. Ensaio clínico randomizado comparou a translactação precedida pela avaliação da prontidão oral como uma alternativa ao uso do copo entre RNPT e concluiu que essa técnica de transição pro-

piciou maior prevalência e duração do AME com menor risco de desmame na primeira quinzena, após a alta hospitalar (ROSSETTO, 2011).

9) Uso de métodos alternativos à mamadeira pelo menos até o completo estabelecimento da amamentação e somente uso de bicos ou chupetas por motivos justificados. A primeira experiência de sucção nutritiva deveria ser o peito da própria mãe, portanto, outros métodos de alimentação oral alternativos devem ser evitados até que a amamentação exclusiva esteja bem estabelecida. Entretanto, devido aos benefícios advindos da sucção não nutritiva oferecida no hospital quando o AM não é possível ou na ausência da mãe, principalmente no caso dos RNPTs em pleno desenvolvimento (SYMINGTON, 2005).

10) Preparar os pais para a continuidade do AM e assegurar acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar. Todas as mães que iniciaram o AM ou ainda estiverem ordenhando seu leite, após a alta hospitalar, precisam indiscutivelmente de acompanhamento, apoio e incentivo. Tal evidência aponta para a necessidade de um planejamento de alta hospitalar da equipe em colaboração com a família e equipe da atenção primária (PIERREHUMBERT; ANSERMET; MULLER-NIX, 2011).

A exemplo da iniciativa originalmente desenvolvida pela OMS/Unicef, a IHAC-Neo também inclui aspectos relacionados ao cumprimento do código de comercialização de leite e substitutos e estabelece um conjunto de padrões e critérios para o monitoramento e avaliação da proposta em consonância com cada princípio norteador e os Dez Passos adaptados.

Ainda com relação à IHAC no Brasil, os hospitais credenciados do país deverão adotar um novo critério para permanecerem na iniciativa e manterem a certificação de Amigos da Criança. A partir de 2013, as instituições já credenciadas devem cumprir os princípios das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, determinadas pela OMS para continuarem com o título. A norma, conhecida como Cuidado Amigo da Mãe atende ainda às prioridades do Ministério da Saúde, recomendadas na estratégia da Rede Cegonha. As boas práticas incluem a garantia de acompanhante à gestante, respeito à privacidade da mulher e à liberdade de movimentar-se e alimentar-se durante o trabalho de parto e de escolha da posição do parto. Além disso, possibilitam a redução do uso rotineiro de intervenções desnecessárias, como a realização de cesariana sem indicação precisa. A ideia é incentivar cada vez mais a humanização do parto e do momento entre mães e bebês (BRASIL, 2012a).

Tavares (2009) lançou, durante as comemorações brasileiras dos 30 anos do Método Canguru, a **Declaração Universal de Direitos para o Bebê Prematuro** e o projeto **Casa de Apoio para a Mãe de UTIN** que é formado de 12 artigos ampliados no contexto do bebê

nascido prematuramente, afirmando a necessidade de um apoio social a essa grave intercorrência que, segundo dados da OMS, acomete mais de 13 milhões de nascimentos por ano. São 12 artigos que passam pelo nascimento respeitoso, chegam ao aleitamento materno passando pela tecnologia respeitosa com o equilíbrio do bebê e tocam a família principalmente a mãe e a importância de seu envolvimento nesse cuidado, uma vez que discute o direito à vida e ao tratamento humanizado, acolhimento inadequado e contingente de nosso sistema de saúde que está cada vez mais bioquímico e farmacológico e cada vez menos integral.

De acordo com Artigo XI da citada declaração:

Todo prematuro tem o direito, quando atingidas as condições básicas de equilíbrio e vitalidade, aos cuidados maternos em relação ao calor materno e ao leite materno que lhe serão oferecidos através do Método Canguru. Cabe-rá à equipe de saúde promover as condições estruturais mínimas necessárias a esse vínculo essencial e transformador na evolução do prematuro. Nenhum profissional em nenhum contexto tem a autoridade de impedir ou negar a possibilidade desse vínculo (TAVARES, 2009).

De acordo com a Portaria 1459 de 24 de junho de 2011, a **Rede Cegonha** é uma estratégia que visa a implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Operacionalizada pelo SUS, fundamenta-se nos princípios da humanização e assistência, em que mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito à ampliação do acesso, ao acolhimento e à melhoria da qualidade do pré-natal. Transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto, vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto - “Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”. Realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção. Acompanhante no parto, de livre escolha da gestante. Tendo em vista essas diretrizes, os principais objetivos da Rede são fomentar e implementar novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento, desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses e acesso ao planejamento reprodutivo. Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que tenha garantias de acesso, acolhimento e resolutividade e propostas de redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Para induzir as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, a Rede Cegonha propõe a instituição de um novo dispositivo de atenção à saúde materna e infantil. As Casas da Gestante devem estar vinculadas à maternidade ou hospital de referência em gestação, parto,

nascimento e puerpério de alto risco. As unidades devem oferecer condições de permanência, alimentação e acompanhamento pela equipe de referência, com especial empenho pela manutenção da autonomia da mulher e a visita aberta, sendo fundamental manter o modo de gestão para as decisões da casa e uma ambiência humanizada.

O programa Casa da Gestante é uma estratégia do Ministério da Saúde, que visa à equidade e à humanização da assistência, considerando-se uma nova lógica de atenção materna e perinatal, contando com a assistência humanizada e multiprofissional especializada, refletindo em melhoria no atendimento das gestantes de risco e puérperas. O planejamento da assistência prestada e os índices maternos e perinatais favoráveis demonstram que este programa é uma estratégia para a redução da mortalidade materna e infantil e compõe pauta mundial com a finalidade de melhoria dessas condições.

Se humanizar significa tornar humano, dar condição humana, tornar afável e tratável, então, ser solidário com o outro, valorizar o aspecto humano, prestar assistência dentro de uma visão holística e estabelecer uma relação de ajuda e empatia fazem da humanização a base da profissão da Enfermagem (BRASIL, 2000).

A necessidade de enfermeiras experientes e qualificadas para o cuidado das mães dos recém-nascidos internados tem sido amplamente recomendada por organizações científicas e governamentais de diversos países. As habilidades requeridas para a enfermagem neonatal são bastante diversificadas, envolvendo: a instalação, uso e manutenção de equipamentos técnicos; tarefas motoras complexas para o cuidado de bebês pequenos, dependentes; habilidades sociais para proverem e promoverem apoio efetivo e comunicação com as mães, seus familiares e equipe (REDSHAW; HARRIS, 1994).

Lima (2002) considera que a comunicação, um recurso terapêutico essencial que proporciona autonomia, confiança mútua e a segurança, permitindo a interação entre a equipe de saúde, o paciente e sua família, através da escuta às mães, proporciona um maior conhecimento de suas reais necessidades, o que nem sempre correspondia ao pensamento do autor.

Os profissionais devem estar conscientes de que os avanços tecnológicos e científicos estão vinculados ao ser humano, colaborando para a assistência qualificada, pois não basta apenas criar técnicas, é preciso criar laços afetivos através do relacionamento humano. A convivência entre cliente, profissional e instituição é fundamental para o processo assistencial que é composto por comunicação, empatia, conhecimentos técnico-científicos e respeito pelos seres humanos (BRASIL, 2000).

Em geral o significado da humanização, na área de saúde, há muitos anos vem sendo elaborado por diversos autores, sempre a relacionando, de algum modo, a aspectos relacionais dos atores sociais envolvidos. Humanização do setor saúde significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações (MINAYO, 2006, p. 26). Requer ainda um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo uma nova postura ética que permeia todo o processo de trabalho em saúde (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Diante disso, apreendemos que, atualmente, a finalidade do trabalho em unidades neonatais é assegurar a qualidade de vida, através da prática multiprofissional humanizada e instrumentalizada pelo conhecimento produzido nas ciências da saúde, sociais e humanas, tendo como objeto de intervenção e de relação as mães e sua família, inseridas em comunidades concretas.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Caracterização do estudo

Ao definir o objeto de estudo da presente pesquisa, pudemos constatar que para compreender os sentimentos atribuídos à mãe junto ao RNPT no hospital é necessário utilizar instrumentos metodológicos que possam privilegiar a fala dos sujeitos envolvidos, bem como a escuta do pesquisador. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, pautado no conceito de humanização para o processo analítico que foi realizado utilizando-se a análise temática. Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Destaca-se também na pesquisa descritiva aquelas que visam a descrever características de grupos (idade, sexo, procedência etc.), como também a descrição de um processo numa organização, o estudo do nível de atendimento de entidades, levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população, etc.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que tem por finalidade descrever e compreender os sentimentos vivenciados pela mãe do RNPT na perspectiva do acolhimento em UTIN e em alojamento conjunto, no contexto de um Hospital Amigo da Criança em Passos- MG.

Por ser de cunho qualitativo Minayo, Deslandes e Cruz Neto (1994) colocam que neste tipo de pesquisa, o campo de estudo se apresentou como possibilidade de nos aproximarmos do nosso objetivo, conhecê-lo e estudá-lo, a partir da realidade. Essa percepção possibilita ao pesquisador conhecer os limites e diferentes realidades existentes no cotidiano e, com isso, visualizar um leque de procedimentos e descobertas.

O mesmo autor salienta que o campo de pesquisa ou de estudo é concebido como um recorte que o pesquisador faz, em termos de espaço, em uma realidade social, que vai representar a realidade empírica a ser estudada.

Minayo (1994) coloca que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, trabalha o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Trata-se também de uma pesquisa de campo, visto que dados foram coletados diretamente no local onde as mães permanecem de acompanhante no alojamento conjunto e/ou Casa da Gestante dos seus RNPTs internados na UTIN.

O investigador assume na pesquisa de campo o papel de explorador e observador, coletando os dados diretamente no local em que se deram ou surgiram os fenômenos (BARROS; LEHFELD, 2003).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no alojamento conjunto e UTIN da Santa Casa de Misericórdia, no município de Passos-MG.

A cidade de Passos está localizada no interior do Estado de Minas Gerais, com população estimada de 102.765 habitantes, área territorial de 1.339,20 Km², densidade populacional de 76,75 habitantes por Km², em sua maior parte, 89,5%, concentrada na zona urbana e apenas 10,5% na zona rural, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE de 2007). Dentre as atividades econômicas do município há predominância do setor agropecuário e industrial.

Passos encontra-se habilitado enquanto gestão através do Pacto pela Saúde. O sistema de serviço de saúde encontra-se disposto e hierarquizado de forma piramidal, por nível de complexidade crescente. No topo da pirâmide, estão os três hospitais, sendo dois de atendimento geral e um psiquiátrico que constituem o nível de atenção terciária. O hospital psiquiá-

trico é de caráter beneficente, de referência regional e conveniado ao SUS, o hospital geral Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP) é de caráter filantrópico, também de referência regional e conveniado ao SUS, e o hospital geral São José é de caráter particular, já havendo sido conveniado ao SUS, porém, nos dias atuais atende somente particular e convênios.

No centro da pirâmide, encontra-se o nível de atenção secundário composto por uma Policlínica Central que atende às especialidades: Cardiologia, Cirurgia Geral, Vascular e Pediátrica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Neurologia, Oftalmologia, Pequena Cirurgia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia e Proctologia. A Policlínica conta ainda com a realização de exames de imagem e serviços de referência, também situados no nível de atenção secundário, tais como, o Programa Viva Mulher, o Programa de Atendimento Especializado aos Pacientes Portadores de Hepatites Virais e o Programa de Referência para o Tratamento de Tuberculose. Ainda no nível de atenção secundária, o sistema de atenção à saúde do município conta com: 01 (um) Pronto-Socorro municipal para atendimento de urgência e emergência adulto e pediátrica, o Ambulatório-Escola que realiza atendimentos especializados multiprofissionais aos pacientes portadores de HIV, bem como ações individuais e coletivas de prevenção das DST/AIDS, ambulatório de atendimento especializado aos pacientes portadores de hanseníase, sendo que ambos funcionam em parceria entre a Prefeitura Municipal e a Fundação de Ensino Superior de Passos, 01(um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), Centro Odontológico, Ambulatório de Oncologia, Núcleo de assistência em Estomoterapia, Programa de Atenção Materno-Infantil (PROMAI) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Na base, localiza-se o nível de APS (Atenção Primária à Saúde), composto por nove APSs convencionais distribuídas em pontos estratégicos do município que contam com os serviços de imunização, triagem neonatal, atendimento médico-pediátrico, ginecológico e clínico geral, atendimentos individuais de psicologia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional e 17 ESFs, destas, quatro compartilham a mesma estrutura física de APSs convencionais.

O alojamento conjunto dispõe de seis leitos para as mães que se encontram de acompanhantes do seu RNPT. Localizado próximo à unidade de internação UTIN, estes leitos constituem um alojamento específico e oferecem às mães condições para que após a alta da maternidade permaneçam no hospital em tempo integral durante a internação prolongada do filho na UTIN.

A UTIN foi fundada em fevereiro de 2003, com o objetivo de melhorar o atendimento aos recém-nascidos (RN) e crianças em estado grave. A UTIN tem espaço físico com capacidade para 33 leitos. A planta física divide-se em uma estrutura central onde se encontram divididos os leitos em box numerados de 01 a 24, Unidade Método Canguru, com 4 leitos, 2 banheiros internos, 1 sala para preparo de medicações, 1 sala de procedimentos, 1 sala de rouparia, materiais estéreis, 1 sala de expurgo, 1 sala de gasometria e 1 farmácia-satélite, 1 vestuário, 1 quarto de descanso para médicos, 1 quarto de descanso para colaboradores, 1 copa, 1 recepção, 1 banco de leite, atualmente como sala de ordenha. A equipe multiprofissional é constituída por 11 enfermeiros, 40 técnicos de enfermagem, 7 médicos, 2 psicólogas, 1 fonoaudióloga, 1 nutricionista e 7 fisioterapeutas. Os serviços prestados são de alta complexidade em urgências e alto risco, após a estabilização, os mesmos são encaminhados a outros setores do hospital para assistência a nível intermediário para o Método Canguru, pediatria ou alojamento conjunto para continuidade do seu tratamento.

Quadro 01 - Indicadores da UTIN. Passos-MG, 2012

Taxa de ocupação	90%
Taxa de internação SUS	95%
Taxa de permanência neonatal	12
Nº de partos 2012- 1.828	Média – 152,3/mês
% RNs destinados à UTI N – 241	Média – 20/ mês 14%
Percentual de RNBP 1.000grs	27/ano – 1,47%
Percentual RNPT 1.000 a 1.500grs	36/ano – 1.95%
Percentual RNPT 1.500 a 2500grs	188/ano – 86,2%
Médias de pacientes neonatais	517/ano – 43 mês
N de pacientes na UTI	682
Óbitos neonatais	3,09%

Fonte: UTIN 2013.

O alojamento conjunto foi instituído na Santa Casa de Misericórdia de Passos em primeiro de outubro de 2001. Pode ser definido como sendo a permanência contínua do recém-nascido sadio junto à mãe, permitindo cuidados a ambos no mesmo local e instruções a ela que, sob vigilância, participará ativamente do atendimento a seu filho.

A sua estrutura é constituída de 16 leitos, destes, seis são destinados às mães acompanhantes de seus RNs na UTIN, tendo uma média de atendimento de 180 mães durante o mês.

As mães permanecem no alojamento conjunto durante vinte e quatro horas, se o parto for normal, e se cesáreo, quarenta e oito horas quando não houver agravamento da mãe e recém-nascido. Caso ocorra o contrário, ela permanecerá o tempo necessário para a sua recuperação. A mãe que permanece no alojamento conjunto é parte de um trabalho amplo que envolve agentes neste contexto que estão expostos a diferentes sentimentos que podem acarretar sofrimento psíquico, sendo que ela poderá participar de procedimentos hospitalares, ter informações a respeito do quadro clínico, fazendo que permaneça de acompanhante com seu RNPT.

3.2.1 O hospital: títulos e prêmios

A Santa Casa de Misericórdia de Passos é um hospital regional de caráter filantrópico que atende a toda a população do sudoeste de Minas Gerais.

Figura 1 – Fachada da Santa Casa de Misericórdia de Passos

- Título de Hospital Acreditado (Nível I) - A primeira Santa Casa do Brasil a conquistar esse título, concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), 2007.

- Título Hospital Acreditado Pleno (Nível II) - A Santa Casa de Misericórdia de Passos mais uma vez foi pioneira. Primeira Santa Casa do Brasil a conquistar o título de Acreditação Pleno - Nível II, concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), 2010.
- Título Hospital Amigo da Criança 2003 – UNICEF – Ministério da Saúde.
- Segunda colocada do Prêmio Célio de Castro 2008 que visa a premiar as experiências bem-sucedidas em gestões de hospitais mineiros que compõem a rede Pro-Hosp
- Título Destaque do Ano 2000 na categoria dedicação pelo jornal local.
- Maternidade Integrante ao PROJETO NASCER, MS, de Prevenção da Transmissão Vertical da Aids, tendo sido habilitados 32 profissionais entre médicos e enfermeiros, 2005.
- Maternidade participante do Programa Nacional de Humanização do Parto.
- Hospital Integrante ao Programa Nacional de Humanização dos Serviços Hospitalares - PNAHSH do Ministério da Saúde, substituído por Políticas Nacionais de Humanização Multiplicadora.
- 1º Prêmio JOHNSON & JOHNSON de Administração Hospitalar - Programa de Assistência Materno-Infantil (Trabalho Premiado entre os 10 melhores).
- 2º Prêmio JOHNSON & JOHNSON de Administração Hospitalar -Gestão Participativa-Caminho para a sustentabilidade (Trabalho Premiado entre os 10 melhores).
- Hospital Sentinela – ANVISA, 2011.

3.2.2 Ações de humanização da Santa Casa de Misericórdia de Passos

A Santa Casa de Misericórdia de Passos possui vários programas de humanização dentre eles:

- O Programa Coração, projeto criado em 2000 pelos profissionais do setor de Nefrologia, que visa ao bem-estar pessoal, profissional, familiar e social do indivíduo com Insuficiência Renal Crônica;
- Brinquedoteca é um programa direcionado às crianças hospitalizadas onde estimulam as mesmas a brincar e a desenvolver habilidades, trabalhando o lúdico.
- A Pastoral trabalha com o atendimento psicoespiritual dos clientes hospitalizados e conta em média com 52 voluntários.
- O Centro de Vida Saudável tem como objetivo promover a saúde dos usuários do Plano de Saúde da Santa Casa Saúde trabalhando a prevenção.

- O Buscando Vidas funciona como uma rede de detecção precoce do câncer de mama, sendo uma referência para 26 municípios do sudoeste de Minas Gerais.

A Santa Casa de Misericórdia de Passos criou em outubro de 1998 o Programa Materno-Infantil (PROMAI) a fim de desenvolver um trabalho multidisciplinar comprometido em alcançar um alto nível de qualidade em saúde do grupo materno-infantil. Desde então, criou um conjunto de ações dirigidas para o atendimento integral da mulher e do binômio mãe e filho. Atualmente, o PROMAI trabalha em quatro módulos: Pré-natal, Aleitamento Materno, Saúde da Criança e Saúde da mulher. Tem como objetivos:

- Desenvolver ações integradas e articuladas com a rede de atendimento do SUS, para a redução da taxa de mortalidade do binômio mãe e filho, bem como proporcionar melhorias na qualidade de vida da mulher e da criança.
- Oferecer atendimento integral às gestantes adolescentes e de alto risco pertencentes à macrorregião de Passos, desde o pré-natal até a alta segura da mãe e da criança.
- Desenvolver ações socioeducativas e de saúde num enfoque multidisciplinar, atendendo às necessidades integrais da mulher enquanto paciente, mãe ou gestante.
- Envolver a comunidade nas ações socioeducativas do programa, fortalecendo o compromisso e a responsabilidade de todo cidadão para com a saúde.
- Administrar o cumprimento dos 10 passos do aleitamento materno, segundo orientação do programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança onde a Santa Casa recebeu o título em 2003, pelo UNICEF. Desenvolver ações que minimizem os efeitos psicossociais da internação materno-infantil, principalmente as internações de longa permanência.
- Incentivar a educação continuada para os profissionais do programa.
- Implementar o projeto de estrutura física e funcional da unidade Materno-Infantil, proporcionando condições adequadas para assistência médica e hospitalar humanizadas.
- Promover a pesquisa sobre os resultados e criar propostas de melhorias.
- Elaborar e coordenar projetos sociais que visem a fortalecer a responsabilidade social do hospital para com toda a comunidade regional.

3.2.3 Casa da Gestante

Figura 2 - Casa da Gestante da Santa Casa de Misericórdia de Passos/MG

A Casa da Gestante foi inaugurada recentemente em dezembro de 2012, reconhecida como uma iniciativa institucional para a redução da mortalidade materna no Brasil, a casa é vinculada à Santa Casa de Misericórdia de Passos que acolhe usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS que apresentam algum agravo durante a gestação e puérperas com recém-nascidos internados na UTIN, oferece 10 leitos e atende gestantes de 30 municípios da macrorregião de Passos/MG. O projeto da Rede Cegonha/ Casa da Gestante preconiza a criação destes espaços de atenção à gestante, puérpera e bebê. Elas recebem cuidados de uma equipe multiprofissional – médico obstetra, enfermeira obstetra, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional – em um espaço confortável, com boa alimentação onde também elas podem preparar seu próprio alimento se quiserem, a proposta é deixar a gestante se sentir mais em casa em um ambiente humanizado, um jardim florido e aconchegante para se encontrarem com famílias e amigos. Contam também com terapias integrativas e complementares. A assistência promove a melhoria clínica do quadro de saúde e previne fatores que colaboram para o aumento dos índices de mortalidade materna e perinatal, desta forma favorecendo a maternidade segura.

3.3 Participantes do estudo

Este estudo foi realizado com mães que se encontram no alojamento conjunto e/ou Casa da Gestante acompanhando seu RNPT, internado, na UTIN, e que aceitaram fazer parte da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de inclusão para a mãe: ter recém-nascido pré-termo extremo e/ou moderado assistido na Unidade de Internação Neonatal (independentemente do tempo), estar de alta hospitalar ou não, se tiver alta permanecendo na Casa da Gestante ou em seu próprio domicílio para as mães moradoras do município de Passos e/ou permanecendo no alojamento.

Para Minayo (2006), não se faz necessária uma maior atenção quanto ao número de sujeitos que serão investigados. O que é relevante para a autora, quanto à pesquisa qualitativa, é que o grupo selecionado, realmente, esteja vivenciando a situação em estudo, sendo o grupo imprescindível para oferecer informações-chave.

Foi utilizada a técnica de exaustão, na qual são entrevistados sujeitos até que as respostas comecem a se repetir (exaustão), e os objetivos da coleta de dados sejam considerados alcançados. Para o critério de exaustão/saturação dos dados, conforme propõe Bodgan e Biklen (1994), nesta perspectiva, as informações obtidas estão contempladas em suas semelhanças e diferenças e, em razão da repetição do conteúdo, passam a não trazer novas compreensões para a investigação.

A técnica por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigação qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em um estudo, interrompendo a captação de novos componentes. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

3.4 Coleta de dados

Utilizamos como instrumento de pesquisa a entrevista semiestruturada individual, com a finalidade de possibilitar liberdade e espontaneidade ao entrevistado e captar as informações desejadas no sentido de apreender os significados emergidos das falas que permitissem à mãe narrar os fatos e as particularidades de sua experiência naturalmente.

Para Minayo (2006), a entrevista semiestruturada na pesquisa qualitativa é o procedimento mais usual no trabalho de campo, por meio dela o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos sujeitos sociais. Essa mesma autora ainda caracteriza a entrevista semies-

truturada como uma possibilidade de discorrer o tema proposto, sem estar condicionado a respostas ou condições prefixadas pelo entrevistador.

O primeiro passo foi realizado antes da entrevista com intenção de ajudar as mães a se prepararem para uma conversa, ou seja, para uma aproximação sobre o assunto a se referir durante a entrevista e para uma reflexão sobre estas questões. As conversas de preparação foram realizadas com cada mãe individualmente e constituíram encontros agendados na UTIN, durante as visitas e/ou permanência da mãe no Método Canguru com o RNPT. Esta conversa teve como propósito: falar sobre os sentimentos atribuídos diante do contexto da prematuridade; na perspectiva do acolhimento, convidar a mãe a participar da coleta de dados; e, caso a mesma aceitasse, solicitar que realize sua autorização, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, posteriormente, elas receberam uma cópia do mesmo.

A entrevista foi aplicada com as mães participantes do estudo, e as questões foram relativas aos dados de identificação (idade, estado civil, escolaridade, ocupação, número de filhos e referente ao atual sendo idade gestacional, apgar, sexo, via de parto e peso) e dados de questões norteadoras de como ela se sente diante da separação de seu RN, após o parto e diante da internação de seu RNPT na UTIN.

As entrevistas semiestruturadas foram gravadas com o consentimento das mães em um local privativo, com duração média de 40 minutos, e transcritas na íntegra, as falas foram transcritas, identificando os sujeitos por um codinome para preservar o anonimato e, posteriormente, analisadas as falas. Além da entrevista, algumas impressões do pesquisador ocorridas durante a conversa e, após a entrevista, foram anotadas em diário de campo, a fim de contribuir com a análise e discussão dos dados.

As inclusões seguiram o desenho descrito anteriormente, até que verificamos a saturação teórica em repetição, ausência de dados novos e crescente compreensão dos conceitos identificados, segundo Minayo (1994). Assim, foi encerrada a coleta com a participação de oito mães.

3.5 Análise dos dados

Os dados que foram obtidos, a partir das falas emitidas pelos sujeitos pesquisados, foram analisados qualitativamente, utilizando a análise de conteúdo na modalidade temática. A

análise dos dados foi feita por processos de transcrição das falas gravadas, bem como leitura e releitura das entrevistas e das anotações do diário de campo.

Conforme Minayo (1993), a análise temática busca a lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo, os núcleos dos significados têm oscilado entre o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade da subjetividade.

A análise da temática abrange as seguintes fases: pré-análise: organiza-se o material a ser analisado e de acordo com os objetivos e questões de estudo, definem-se a unidade de registro, a unidade do contexto, os trechos significativos e as categorias, para isso deve ser feita uma leitura do material no sentido de tomar contato com a estrutura, descobrir orientações para a análise e registrar impressões sobre a mensagem. Exploração do material: momento de aplicação da fase anterior considerando a fase mais longa e houve necessidade da realização de várias leituras de um mesmo material. Tratamento dos resultados obtidos e interpretações: ocorrerá a partir de princípios de tratamento quantitativo, entretanto, como estarão sendo apresentados procedimentos de análise qualitativa, será possível desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto, sem excluir as informações estatísticas, a busca por ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos a serem analisados.

3.6 Princípios éticos da pesquisa

Em cumprimento às normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012b), neste estudo foram asseguradas todas as recomendações, referentes tanto aos sujeitos quanto à instituição.

A ética pode ser definida como forma de explicar o comportamento dos homens, da moral, levando em conta sua totalidade, diversidade, variedade e, ainda, deve fornecer a compreensão racional de um aspecto real, afetivo e do comportamento dos homens (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Partindo da definição dessas autoras sobre ética e em cumprimento às normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), assegurou-se, no presente estudo, a aprovação pelo presidente da Comissão de Ética da Santa Casa de Misericórdia de Passos-MG (Anexo A) e Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Parecer nº 264.930, credenciado ao CONEP. As mães da pesquisa foram informadas sobre a importância da realização da mesma, sobre os objetivos e procedimentos do estudo, bem como a respeito

de seus direitos, sendo apresentado e firmado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Vale ressaltar que os princípios éticos foram respeitados no decorrer do estudo, ficando garantido o direito de acesso aos dados coletados; aos esclarecimentos verbais e escrito; ao direito de desistirem do estudo quando assim desejarem, ao sigilo e ao anonimato destes participantes através da identificação do recorte das falas dos sujeitos por números.

Entendendo o contexto do presente estudo, vale trazer para a reflexão dados referentes ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN, 2002, p. 36), em seus artigos 35, 36 e 37 que explicitam deveres éticos do enfermeiro:

Art. 35. Solicitar consentimento do cliente ou representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completados objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar no momento que desejar.

Art. 36. Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa.

Art. 37. Ser honesto no relatório dos resultados da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Identificação das entrevistadas

Após a interpretação das entrevistas, os dados foram agrupados e articulados à base referencial, o que permitiu a análise final. A apresentação e interpretação desses dados se deram através de categorias. Foram entrevistadas 8 (oito) mães, sendo acompanhantes de seu RNPT, cujas identificações estão apresentadas a seguir:

Quadro 2 - Caracterização dos sujeitos a partir de dados.

Caracterização das mães a partir de: idade, escolaridade, estado civil, formação profissional, Número de filhos, idade gestacional/ dias de vida, permanência RNPT e Mãe.										
Sujeitos	Caracterização						Formação profissional	Número de filhos	Idade Gestacional/ Dias de vida	Permanência: RNPT/Mãe
	Idade	Escolari//			Estado civil					
		F	M	S	S	C				
M1	30 anos		X			X	Do lar	1º	- 30 semanas/ - 36 dias	- Método Canguru à 5 dias.
M2	29 anos		X			X	Técnica em	2º	- 30 semanas/	- Método Canguru

							Administração		- 35 dias	à um dia.
M3	30 anos			X		X	Professora	1º	- 23 semanas/ - 54 dias	- Método Canguru à 9 dias.
M4	24 anos		X			X	Auxiliar de farmácia	1º	- 33 semanas/ 18 dias	- Método Canguru à 3 dias.
M5	33 anos		X		X		Costureira	2º	- 29 semanas/ -23 dias	- Mãe – 23 Casa da Gestante. RNPT – UTIN.
M6	26 anos		X		X		Do lar	2º	- 27 semanas/ - 48 dias	- Mãe - domicílio. -RNPT- UTIN.
M7	29 anos		X		X		Faxineira	2º	30 semanas/ -36 dias	- 36 dias na Casa da Gestante.

Legenda: M = Médio; F = Fundamental; S = Superior; C = Casada; S Solteira.

4.2 Compreendendo o universo das mães

A identificação das particularidades e conhecimento a fundo das percepções de cada mãe, a reflexão sobre o exposto, o diálogo, a leitura exhaustiva após as transcrições das entrevistas possibilitaram a compreensão da experiência vivenciada por essas mães.

A partir da análise dos relatos, emergiu o tema que diz respeito à vivência materna de ter seu RNPT separado na maternidade e que precisou ser internado na UTIN, devido a sua prematuridade. As categorias que compõem este tema são: O IMPACTO DA SEPARAÇÃO SÚBITA APÓS O NASCIMENTO / VIVENCIANDO O MÉTODO CANGURU / CASA DA GESTANTE: RECEBENDO APOIO E APRENDIZADO.

Quadro 03 – Categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
1. O impacto da separação súbita após o nascimento	1.1. A mãe diante do processo de internação: preocupando-se com o filho 1.2. A incerteza da sobrevivência: apoiando-se na espiritualidade.
2. Vivenciando o Método Canguru	2.1. Permanecendo perto do filho na vivência do Método Canguru.

	<p>2.2. Restrições na vivência do Canguru.</p> <p>2.3. Sentindo-se impotente e desamparada.</p> <p>2.4. Tendo outros filhos.</p>
3.Casa da Gestante: Recebendo apoio e aprendizado	<p>3.1. Conversando com outras mães: trocando experiências.</p> <p>3.2. Apoio do PROMAI.</p> <p>3.3. Tendo apoio da equipe de enfermagem.</p>

4.2.1 Primeira categoria – O IMPACTO DA SEPARAÇÃO SÚBITA APÓS O NASCIMENTO

Diagrama 1 - Impacto da separação súbita após o nascimento

Quadro 4 –Respostas das mães diante do processo de separação

Subcategorias	Respostas ou falas
1 - A mãe diante do processo de internação: preocupando-se com o filho	<i>Minha expectativa era levá-lo pra casa [...] não desejo pra ninguém ter o bebê internado[...] planejando as coisas e dando tudo errado. (M4)</i>
	<i>Minha família está nos esperando/[...]esperava que ia levar minha filha para casa/[...] só sendo mãe mesmo para aguentar a internação/[...] é minha pior experiência /[...]eu só choro quando tenho que sair de perto dele. (M2)</i>

	<i>Não, eu não imaginava ver ele aqui, mas não daquele jeito, eu cheguei aqui e vi ele todo intubadinho, miudinho daquele jeito. (M1)</i>
	<i>Foi muito triste eu poder ver só de longe a equipe ajeitando ela rápido para trazer para UTI, oxigênio e tal, foi muito rápido, minha mãe ficou comigo falando. Ah, é assim, é cabeludinha, é assim, assim [...] (M4)</i>
	<i>Tenho que pensar o que é melhor para meu filho, ele é minha vida/[...] eu só penso nele, mais nada, eu amo ele. (M8)</i>
	<i>[...] estou me sentindo assim, porque aqui a gente sempre fica, coração na mão né, porque sabe o que pode acontecer. (M2)</i>
	<i>Quando ele veio pra cá eu nem vim ver ele, eu vim no outro dia porque eu estava muito desesperada sabe? Pensando no pior que podia acontecer [...] (M1)</i>
2. A incerteza da sobrevivência: apoiando-se na espiritualidade.	<i>A doutora falou que 99% que ela não ia nascer com vida e falou isso pra mim! Aí mesmo que a minha pressão subiu, eu quase fiquei louca porque a minha filha era tudo pra mim. (M4)</i>

Subcategoria 1- A mãe diante do processo de internação: preocupando-se com o filho

A internação do RNPT impõe à mãe a permanecer em alojamento conjunto no pós-parto, esta mãe sofre frustração, pois esperava ter um filho saudável a termo e que pudesse sair de alta hospitalar sem nenhuma intercorrência e retornar ao domicílio com o filho nos braços. A hospitalização do RNPT na UTIN é uma vivência materna de sofrimento, a separação de seu bebê gera um grande sofrimento e tristeza, após todo o tempo de gravidez, a necessidade de separar-se de seu filho é referida como um sentimento terrível.

A internação do 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 imaginado antes do nascimento, e o sentimento de culpa pelos problemas do filho atua como fatores inibidores do contato espontâneo entre pais e bebês (GAIVA; SCHOCI, 2005).

A internação do recém-nascido em UTIN estabelece uma quebra no relacionamento entre mãe e filho. Há pouco tempo esse filho fazia parte do corpo da mãe, e, no entanto, a partir de sua internação, além do desligamento corporal, o contato físico entre os dois se torna esporádico e a distância em um ambiente frio e hostil tanto para a mãe como certamente para o recém-nascido (CAMARGO et al., 2004).

As mães referem que todas as suas ações no pré-natal foram para evitar o parto prematuro, com a interrupção, isto é imposto a elas de forma súbita em suas vidas, vivendo uma

grande tensão e angústia no envolvimento de incertezas pelo que estão enfrentando. Todas as reflexões e pensamentos estruturam-se em cima de possibilidades de sobrevivência, vontade de levá-lo para casa junto de sua família, porém o temor à não sobrevivência e possíveis sequelas identificam-se neste momento de ansiedade, sendo um fator decisivo em suas vidas, um período de sofrimento.

A mãe está assustada e surpresa com o nascimento prematuro e ainda precisa enfrentar uma internação para a qual não foi preparada. Esta situação é difícil, gera angústia e estresse, podendo ocasionar problemas de cunho físico e emocional. Podemos observar isto na fala de M3.

[...] a internação foi uma angústia de não poder tá junto né, aí eu via que eu ia perdendo o leite e não podia amamentar, acabei desistindo. (M3)

[...] o que a gente sente é bem complicado, a gente fica emocionada, vendo o bebê lá e a gente tem medo, porque a cada momento que chegava um médico, uma enfermeira, que eles viessem dizer alguma coisa contrária daquilo que a gente tava almejando [...] porque são todos seres indefesos e pequeninhos aquela coisinha [...] (M3)

Evidenciou-se, em quase todos os relatos, o desejo de estar presente para acompanhar a evolução do filho e assim sentir-se participante deste processo tão doloroso.

O investimento afetivo, necessário para a construção psíquica, é prejudicado quando o objeto no qual a mãe deve investir remete à sua imperfeição. As fantasias e significações atribuídas pela mãe aos acontecimentos perinatais podem ter influência nas representações psíquicas do bebê, da maternidade e de si mesma. A ambivalência comum a todas as gestações, aliada ao parto prematuro, pode produzir culpa (IUNGANO, 2009).

Todas as mães almejam que o nascimento de seu filho transcorra normalmente, no período esperado. Porém, em muitos casos e por diversas circunstâncias, uma criança nasce prematuramente, e este acontecimento abrupto pode gerar, não só na mãe mas também na família, uma atmosfera de incerteza e apreensão (MONTEIRO; SILVA; SILVA, 2002).

A nosso ver, a internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva é quase sempre um momento difícil para a família, que pode experimentar sentimentos de incerteza quanto ao presente e futuro de seu familiar, sentimentos que envolvem as suas próprias perspectivas de vida. Nesses momentos, muitos sentimentos são suscitados na família: “a cura será completa?” “Haverá sequelas?”, “Poderá ocorrer a morte?” (SALES et al., 2006).

Ao se perceber separada do seu RNPT, sua preocupação é voltada para a recuperação, para seu ganho de peso, mesmo com a dor recorrente do parto, deve priorizar o filho, perma-

necendo a maior parte do tempo com ele na UTIN. Apesar do sofrimento de internação do RNPT, as mães relataram que, nesse momento, a prioridade é a saúde dele. Elas expressam seus sentimentos, seus problemas na espera, pois nesse momento a prioridade é o filho internado. Elas se preocupam e concentram no bem-estar do filho, desejam o melhor e algumas se sentem inúteis. Podemos observar nas seguintes falas.

[...] A gente sofre de ver ele lá, de ele chorar e tudo essas coisas, ele está vomitando muito, ver ele sentindo dor a gente sofre, nossa medo de tudo, tudo, tudo, de sair da UTI para comer, ir lá fora, medo dele morrer, sendo que ele não está assim de risco, né mas só que pensamento só negativo, muita pressão aqui na cabeça, acho que foram muitas mudanças muito perto da outra. (M8)

[...] Minha gravidez estava correndo tudo normal, eu não imaginava que iria passar por isso, acho que ninguém imagina... agora não consigo dormir de preocupação com ela [...] muita preocupação de que ela perca o fôlego, e se for, pronto! [...] (M6)

[...] Ela estava só com um fiozinho de oxigênio, na hora que eu vi, que vontade de pegar de cuidar, de abraçar de beijar, e vendo ela lá, assim, sem poder tocar, falei “meu Deus do céu, como a gente é inútil. (M4)

Segundo Rego (1991), a culpa da mãe se acentua quando ela percebe ou supõe que não sabe atender às necessidades do filho doente com a mesma habilidade que a equipe de saúde, fazendo-a experimentar sentimentos negativos em relação ao pessoal de enfermagem. Assim, sentimentos ambivalentes podem surgir na relação com os profissionais; em alguns momentos demonstram ciúmes e inveja da equipe, criticam o serviço e, em outros, reconhecem e admiram esse mesmo trabalho. As mães não deixam transparecer seus sentimentos negativos com receio da reação do pessoal de saúde ao qual seu filho está entregue. Nesse contexto, muitas demonstram sentimentos de inutilidade, ao perceberem que somente os médicos e as enfermeiras da UCIN podem salvaguardar seus bebês.

Como sabemos, o ambiente de cuidado intensivo tem um cotidiano difícil de ser habitado, estranho e que gera sentimentos contraditórios, os pais confiam na assistência especializada da UTIN, mas sentem-se desesperados, por verem o filho sofrendo, sentindo-se impotentes por não poderem aliviar sua dor. Os sentimentos em relação aos bebês, especificamente, revelaram-se contraditórios, pois a felicidade em tê-los anda junto à tristeza em vê-los atravessando situações-limite entre a vida e a morte. Acredita-se que, ao entender os sentimentos que as mães carregam consigo, é possível afastar medos, incertezas, insegurança, prestar apoio em momentos de desânimo e/ou tristeza, bem como reforçar atitudes positivas quanto à recuperação dos bebês (CHAGAS; MONTEIRO, 2007).

Subcategoria 2 - A incerteza da sobrevivência: apoiando-se na espiritualidade

Com a interrupção inesperada da gravidez, o primeiro momento traz à mãe incertezas e preocupações se seu filho suportará a vida extrauterina, pois o mundo da prematuridade não é plenamente conhecido por ela, apenas saberes superficiais sem previsão do que poderá acontecer diante deste contexto, gerando insegurança e medo.

As mães, diante da prematuridade, substituem o sentimento eufórico do nascimento pela angústia e pela preocupação. Eles acreditam no cuidado oferecido por especialistas, mas expressam medo, ansiedade e, por vezes, negação, antes de aceitarem o bebê sobrevivente (KLAUS, KENNEL; KLAUS, 2000).

O nascimento de um prematuro é muitas vezes traumático e uma fonte de angústia dos pais. Esta transição não normativa para a paternidade vem sendo descrita como “crise emocional” a que é tipicamente caracterizada por sentimentos de perda e luto, os quais às vezes persistem por meses após a alta do bebê da UTIN. Sentimentos persistentes de luto podem afetar as habilidades dos pais de responder sensível e contingentemente aos sinais do bebê, o que pode influenciar o apego (SAHA et al., 2011).

O prolongado afastamento repentino entre mãe e filho, durante toda internação, associado às condições frágeis do bebê e, contudo, sua vida em risco, são responsáveis pelas sensações de perda e luto antecipado. Há diferentes formas de reações à situação de tensão no processo de prematuridade do filho que as mães vivenciam. Algumas parecem se entregar totalmente ao bebê, mantendo um envolvimento intenso. Entretanto, a maior parte desenvolve um processo mais lento, confiando nos cuidados especializados da equipe, mas também manifestam medo, insegurança e rejeição por aquele ser tão pequeno e frágil, tão diferente daquele desejado e não são capazes de aceitar a realidade, as mães mantêm uma versão idealizada da criança, o que dificulta a ligação emocional com o filho prematuro (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

[...] Eu só tenho a agradecer a Deus por deixar ela junto com nós, ter sobrevivido no parto, achei um milagre, porque ela é tudo que nós temos. (M4)

[...] Porque não sabe o que pode acontecer, mas para Deus nada é impossível, né! (M6)

As falas retratam as pessoas que as mães consideram como significativas no apoio, e a espiritualidade ao vivenciar a internação de seu RNPT. Contar com apoio seja do companhei-

ro, dos profissionais que atuam na unidade neonatal, dos familiares e amigos é uma forma de compartilhar a dor e amenizar o sofrimento, além de ajudar a suportar e superar esse momento.

[...] A gente rezava bastante, rezava e rezava, pegando muita força divina. (M2)

[...] Eu rezei pra tudo que foi santo muito mesmo pra ela ficar boa, que ficasse bem e fosse pra casa bem boazinha [...] graças a Deus, agora eu só tenho a agradecer que ela é sadia e perfeita, está só para ganhar peso agora. (M4)

Diante desse contexto, é natural as mães buscarem, através da crença, respostas ao seu sentimento de impotência e angústia, real ou não, esta crença as torna fortes e esperançosas.

Para Oliveira (2001), a perda de alguém torna a espécie fraca e ameaçada, então, utilizar-se da crença, independente da cultura ou religião, é uma forma de sobreviver com o objetivo de restabelecer-se do que foi perdido e renovar as forças.

Perante a complexidade da situação, a crença é uma forma de alcançar a salvação, seja qual for o rito, a religião ou a cultura daquele que crê (OLIVEIRA, 2001). Para estas famílias, apegar-se a um ser superior foi uma maneira de sentirem-se encorajados e resistentes diante do que sentiam e da situação que enfrentavam. Acreditar em algo superior trouxe esperanças e com elas novas expectativas, uma maneira culturalmente aceita de passar por uma provação, acreditando que a fé dos homens é capaz de modificar uma realidade.

Medo da morte e também a ansiedade são sentimentos comumente experimentados pelos pais frente ao ambiente altamente estressante da UTIN e aos riscos a que a criança está exposta, durante o processo terapêutico, tanto que os primeiros contatos entre mãe e filho constituem-se em experiência difícil e angustiante para ambos. Nessa situação de um nascimento prematuro, a visualização e o contato ajudam a aliviar o estresse e a promover apego. A assistência familiar com amor, calor e proteção são primordiais para a recuperação do bebê. É preciso que os pais vejam o RN, assim que possível, bem como a equipe de enfermagem deve escutá-los atentamente, orientando-os de forma a não se sentirem diminuídos e envergonhados diante do bebê que luta pela vida (ELEUTÉRIO et al., 2008).

Como cuidadores, nem sempre é possível ofertar boas notícias, mas podemos abrandar o impacto que depende da abordagem estabelecida pelo profissional. Exercer uma prática humanizada com comprometimento e responsabilidade, trabalhando de forma holística com o neonato e sua família e praticando o acolhimento poderá fazer muita diferença, porque, muitas vezes, na agilidade que o momento exige nos esquecemos dos pequenos detalhes como um

olhar, um afago e uma expressão de carinho. Humanizando a assistência e estando atentos para estes aspectos, criamos a diferença do verdadeiro cuidar: cuidar do bebê, cuidar da mãe, cuidar da família, enfim, tornar o atendimento simplesmente humano com pequenos gestos e atitudes.

4.2.2 Segunda categoria – VIVENCIANDO O MÉTODO CANGURU

Diagrama 02 – Vivenciando o Método Canguru

Quadro 5 – Respostas das mães quanto à vivência do Método Canguru

Subcategorias	Respostas/ falas
1 Permanecendo perto do filho na vivência do Canguru	<i>Resolvo as coisas lá fora depois, agora vivo só ao redor da minha filha// [...] saio de perto dela só pra tomar banho/[...] fico grudada na minha filha.</i>

2 Sofrendo com as restrições do Canguru	<i>Tenho que deixar meu outro filho com minha sogra/ [...] é ruim ter de deixar meus outros filhos.</i>
3 Sentindo-se impotente e desamparada	<i>Depois a minha cesárea ainda dói muito/ [...] estou muito cansada, não aguento mais dormir no hospital naquela poltrona/[...] é um pouco desconfortável dormir no hospital devido os barulhos.</i>
4 Tendo outros filhos	<i>Eu vejo o sofrimento do meu filho e não posso fazer nada/[...] sinto muita dó quando ele perde a veia, e muita dor de ver ele sofrendo/[...] o choro dele fica na minha cabeça.</i>

Subcategoria 1 - Permanecendo perto do filho na vivência do Canguru

Todo o processo vivido envolve a necessidade de a mãe estar próxima do seu RNPT com intuito de garantir o melhor, ela quer estar perto, acompanhando tudo o que se passa com ele, pensa no quanto seu filho precisa dela, conversa com outras mães ouvindo suas histórias e vai percebendo que algo similar ocorre com elas também, e em certos casos até se sente acolhida em sua dor, tendo em mente que ela precisa continuar a enfrentar a situação e preocupar-se em se empenhar no acompanhamento de perto, a fim de garantir o melhor ao seu filho.

Wernet (2007) acrescenta que a presença física ou em pensamento partilha com o filho a luta pela vida, compreender o que está a ocorrer traz tranquilidade, trazendo uma relação entre os conhecimentos da mulher sobre a situação do que está de fato a ocorrer, acompanhando ela participa repercutindo uma melhor aceitação, quando não executa como sujeito da ação cuidados, mas está conectada à ação ao compreender, observar a realização e tentar garantir a melhor execução. É uma compreensão que nem sempre é acompanhada de concordância de sua parte, sendo entendida como possibilidade momentânea que detém para estar junto do filho.

Por conseguinte, o momento de contato da mãe com o filho é rápido, muitas vezes até inexistente, e isso interfere de maneira especial na interação mãe/bebê. Define-se vínculo como relacionamento específico, único, entre pessoas, duradouro ao longo do tempo (REICHERT; LINS; COLLET, 2007). Neste sentido, o enfermeiro deve facilitar o contato precoce entre pais e o filho prematuro, para continuidade do vínculo e do apego. Em discursos, as mães mostram impotência e fragilidade, diante da imaturidade fisiológica da criança. O fato de não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo e embalá-lo é bastante frustrante para a mãe, pois, no seu imaginário, aconchegá-lo e tocá-lo é imprescindível para a prática da maternagem (BELLI; SILVA, 2002).

Após ter recebido alta da UTIN, as mães permanecem no Canguru ao lado do seu filho na unidade da Santa Casa de Misericórdia de Passos/MG, fazendo Canguru onde permanecem

todo o tempo ao lado deles. As mães que vivenciaram o Método Canguru apreenderam muito sobre o método. Estar em contato íntimo com seu filho depois de tanto sofrimento, angústia, separação frente à prematuridade de seu bebê faz com que as mães se sintam vitoriosas, pois é uma nova etapa, se tornando cada dia mais próximo de levar o seu filho para casa. Essa vivência, que proporciona um contato pele a pele com seu filho, faz com que elas sintam diferenças na respiração, sono e temperatura de seus bebês e reconhecem que o método é a melhor forma de seus bebês se recuperarem e ganharem peso. A M1 relata sua satisfação dizendo:

[...] É muito bom tanto para a mãe quanto para eles, por estar em contato com o corpo um do outro, faz com que a criança se recupere bem, cresça, ganhe peso, e é bem gostoso ficar assim sabe? (M1)

Muitos são os benefícios da utilização do Método Canguru, como por exemplo, prevenir “o aparecimento dos sinais de estresse, pois o contato pele a pele favorece a estabilidade fisiológica e as pausas na respiração não aumentam com os procedimentos diários”, para os mesmos autores: “é extremamente importante para a recuperação da fadiga, pois o ambiente do MC contém muitos estímulos que se assemelham ao ambiente uterino”. Ainda para a puérpera M1:

[...] eu esperei seis meses pra ver meu bebê e agora ficar assim, corpo a corpo sentindo o calor, sentindo o coraçãozinho é muito, muito gostoso, ele fica muito mais calmo aqui do que se tivesse na cama, ele dorme melhor, fica bem mais calmo. (M1)

[...] ele fica no caso sem roupa, só de fralda, a gente também fica sem a parte de cima, então é um contato completamente direto com o corpo da gente, passa o calor, a respiração dele é bem mais calma, a gente sente muita diferença neste método sabe [...] (M1)

Com o relato de M1, pode-se perceber a importância do contato pele a pele entre mãe-bebê, pois é um momento de ambos se reconhecerem, depois de ficarem separados por consequência de um parto prematuro. Essa vivência faz com que os prematuros sintam a presença e proteção materna, ficando bem mais calmos no MC. Muitas mães têm medo de tocar e de acariciar o bebê dentro da incubadora ou de pegá-lo no colo, quando isso já é possível. Esse medo não é ocasionado pela estranheza do ambiente da UTIN ou pela novidade da situação, mas possivelmente porque a sua autoestima está afetada, ela teme fazer mal ao bebê e não tem confiança na própria capacidade de criar o filho; fatos que a abalam seriamente (BADINTER, 1985).

Para que a inter-relação mãe e bebê flua mais positivamente, a equipe atua como mediadora. Quando o filho é desejado, o contato entre mãe e filho representa a concretização dos sonhos maternos, pois a mãe almeja o momento de poder fitar os olhos do filho, acariciá-lo, extravasando todo o amor e carinho (REICHERT; LINS; COLLET, 2007). Nesta abordagem, o enfermeiro é capaz de fornecer a assistência de que o paciente está necessitando, pois tem um corpo de conhecimento especializado e aptidão para utilizá-los, com o objetivo de manter o vínculo. Ressalta-se a necessidade de acolhimento e de uma comunicação efetiva e contínua a essas mães que se aproximam do filho pré-termo e/ou enfermo neste ambiente considerado tão estressante. Na maioria das vezes, as mães desejam apenas um gesto de atenção, um olhar de carinho, uma palavra de encorajamento, de incentivo, enfim, de serem olhadas face a face, em relação à equipe de profissionais.

No processo de intervenção, o enfermeiro, como cuidador, deve viabilizar o fortalecimento do binômio mãe e filho, principalmente, com a comunicação efetiva. Lacunas na relação terapêutica, entre mãe e profissionais, acarretam falta de informação, acolhimento inadequado e, por sua vez, geram insegurança na mãe, devido ao surgimento de conflitos (CHAVES et al., 2007).

Atualmente, valoriza-se a permanência dos pais na UTIN, assim como são estimulados a tocar e conversar com o bebê, o que favorece o vínculo profundo e duradouro, com efeitos positivos no crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2001b).

Subcategoria 2 - Restrições na vivência de Método Canguru

A utilização do MC pelas mães pode ser benéfica por diversas situações, como também pode trazer alguns incômodos ou restrições com a prática do método, devido à posição, aspectos sazonais, dentre outros fatores que incomodam a sua permanência.

Muitas são favorecidas quando inseridas no MC, como exemplo as mães que moram em outras cidades ou na zona rural, quando seus bebês ficam internados na UTI neonatal, têm dificuldades para estarem diariamente vindo ficar com seus bebês. Estar inserida no MC faz com que a mãe fique 24 horas com seu bebê, alojada na enfermaria mãe-canguru. M2 relatou sua dificuldade por ser de Formiga, cidade próxima de Passos.

[...] como eu sou de Formiga eu tinha que vim e ficar na casa da gestante e ficava muito pouco tempo com ele vinham me trazer e de tarde já vinham me buscar e pra mim foi melhor fazer este método, daí eu ficava mais perto dele. (M2)

Já M6, de Delfinópolis, descreveu a dificuldade em estar se locomovendo de sua cidade para visitar seu filho, durante o período de internação na UTIN.

[...] eu sou de outra cidade, daí ficava difícil pra mim vim, todos os dias, ver ele na UTI, aí eu vinha às quartas e sábados com o pessoal da oncologia. Aí tinha vezes, que eu não conseguia vaga na ambulância, aí eu ficava até quase uma semana sem ver ele. Aí que eles tiveram essa ideia de me trazerem para o mãe-canguru, daí agora acho que fica mais fácil. (M6)

A distância entre mãe-bebê pode tornar o vínculo difícil e sofrido, não possibilitando ao bebê a possibilidade de sentir a presença materna, podendo transcorrer pioras de seu quadro clínico. Estar inserida no MC resgata a efetividade do vínculo, tornando-se mais próximo o dia de se levar o bebê para casa de alta hospitalar.

Considerando a posição estabelecida no método, pede-se para ficar o maior tempo possível juntos, de preferência o dia todo. O bebê deve ser colocado em posição vertical ou diagonal elevada, entre as mamas, na roupa do MC. Entretanto, há alguns momentos em que as mães se sentem incomodadas com a posição. M1 contou um pouco de sua vivência:

[...] muitas das vezes atrapalha em alguns momentos, na hora de ir no banheiro, na hora de se alimentar, que daí fica um pouco complicado ficar com ele assim, à noite também pra dormir. Faço tudo muito rápido exemplo pra ir no banheiro aí eu tiro, pra comer, mas já teve vezes de eu comer com ele assim, quando ele tava bem quietinho, quentinho aí dava dó de tirar, pra não ficar gelado [...] quando dá eu tiro. (M1)

Sobre o método no âmbito hospitalar, a prática da posição MC no hospital era geralmente descrita pelas mulheres como desconfortável, incômoda, expondo o corpo da mulher, restringindo os movimentos e afastando-a de suas tarefas cotidianas e do convívio com a família. O desconforto dessa prática, contudo, não implicava que o programa deixasse de ser reconhecido por elas como importante ou que não valorizassem sua participação nele. De fato, a prática era tolerada em função das vantagens que as mulheres obtinham através de sua participação (ANDRADE; GUEDES, 2005).

Sendo assim, a prática do método não foi em nenhum momento dada como insuportável ou impraticável pelas puérperas, sendo as restrições contornadas com facilidade. Para elas, a prática do MC é vista como a melhor forma de elas ajudarem na recuperação de seus bebês, e o que é melhor, estando próximos.

Subcategoria 3 - Sentindo-se impotente e desamparada

Durante o período em que o RNPT permanece no MC recebendo tratamento, as mães perceberam-se muito exigidas em função de ter outros filhos para cuidar e desdobraram-se para permanecer ao lado do seu RNPT. O fato de residirem em locais distantes do hospital faz com que optassem por permanecer na Casa da Gestante para continuarem próximas de seu RNPT internado na UTIN, mesmo sentindo desconforto físico e a dor que comumente acometem as mulheres no pós-parto. Sacrifício e esforço para permanecer ao lado do filho contribuíram para que se sentissem muito exigidas por ter outros filhos em casa para cuidar, tendo o desconforto físico, sentindo-se exausta, impotente e desamparada.

Gomes (1999), analisando as repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTIN, encontrou sentimentos de culpa, temor, desespero, ansiedade, revolta, angústia, impotência, dentre outros, vivenciados pelas famílias em situações existenciais, os quais são às vezes contraditórios, como esperança/desesperança, tristeza/alegria, separação/apego. As mães dos bebês prematuros também podem apresentar conflitos de papéis (mãe, esposa e profissional) pela ausência do lar e por estarem com o filho na UTIN. A cotidianidade mostrada pela família sinaliza um processo alterado que pode culminar com o amadurecimento pessoal e familiar, com a reaproximação do casal e dos familiares ou, ao contrário, gerar conflitos e desagregação entre estes membros (GOMES, 1999). Separações e divórcios são frequentes em decorrência do luto bloqueado e não resolvido (BALDINI; KREBS, 1998).

Os pais afastados tornam-se impotentes de exercer os primeiros cuidados com o filho. Leva tempo até que eles assimilem e descubram a capacidade natural de prover e cuidar, mas tentam, por meio da presença, expressar afeto e demonstrar a intenção de cuidar (SINSEM, 2003). Esses sentimentos são expressos nas falas a seguir:

[...] ver aquela criaturinha pequenininha, lá toda daquele jeito, o sentimento se confunde ao mesmo tempo de amor e insegurança, medo, é tudo junto. (M1)

[...] foi muito rápido e a minha preocupação maior era de como seria ao ver o bebê [...] como eu ia reagir diante do bebê porque eu não sabia na verdade como ela estava, como seria cuidar no canguru. (M1)

[...] e quando eu recebi alta e ele ficou lá eu só chorava [...] (M2)

[...] tinha dias que eu chorava muito, chorava sozinha [...] me parecia que eu não ia ter força [...] só quem passa sabe (M4).

Todos esses sentimentos podem ser atenuados ou reforçados com a participação ou não dessa mãe nos cuidados do filho (GOMES, 1992). Steele (1987) afirmou que privar a mãe de desenvolver alguma atividade de cuidado junto ao seu filho, durante a hospitalização, deixa-a confusa sobre o que se espera dela, nesse período.

Por outro lado, a equipe da UTIN se constitui em fonte de apoio formal tanto para os pais como para a família. Gomes (1999) verificou que a família desses bebês depara-se com um cuidado de enfermagem visto de forma ambígua e tensa, ou seja: autêntico e inautêntico, caracterizado como: ajuda/incompreensão; encontro/desencontro; confiança/desconfiança; compartilhamento/autoritarismo e individualizado/rotinizado.

Diante dessa realidade, os pais são inseridos em um novo contexto físico e psicológico que exige deles um novo significado de maternidade. E mesmo os que trazem um saber informado revelam que há um distanciamento entre o que imaginavam e o que estão vivendo, fica visível a preocupação com a imagem do bebê e o sentimento de medo, insegurança e impotência. Os sentimentos dos pais são variados e indescritíveis, mas Carvalho (2001, p.18) conseguiu situá-los diante da internação:

Cada neonato é único em suas habilidades e características peculiares e cada um está inserido em uma família única com anseios e necessidades diferentes. Todos precisam do nosso cuidado, porque cuidar é o objetivo da enfermagem (SANTINI et al., 2005).

Subcategoria 4 - Tendo outros filhos

O longo tempo de permanência do bebê na unidade neonatal surpreendeu as mães entrevistadas que manifestaram claramente que o tempo de permanência as afetava significativamente, principalmente aquelas mães que deixaram outros filhos em casa com parentes e/ou conhecidos.

Apesar de estarem certas do caminho junto ao filho prematuro e de se colocarem à disposição para ficar com ele, tendo a oportunidade do MC, a experiência vivida mostra um momento de dilema, pois de um lado está o prematuro e de outro a vida familiar, que, com a nova demanda, deve sofrer transformações.

A experiência no MC evidencia que mais especificamente a mãe, ao ficar todo o tempo dentro do hospital, tem de conviver ao cotidiano do Canguru, isso causa ansiedade e medo

no cuidado com o bebê, sente muito cansaço pela rotina diária. Muitas vezes a mãe chega à fase do MC, onde ela já vem cansada de uma luta que ainda não terminou, e o sentimento de tristeza por estar longe da família, o desgaste e a impossibilidade de descanso são queixas frequentes que fazem as mães conviverem com o sentimento de sofrimento.

[...] Quando depara com um dia, uma semana, um mês de UTI, é que a gente começa perceber que são muitos dias e que ela precisa de muitos cuidados. (M1)

A família que se percebe diante do processo de doença e internação de uma criança cria seus próprios recursos, peculiares às suas necessidades e à sua cultura (LIMA; ROCHA; LIMA, 2004) e, como estão diante de uma realidade para a qual eles ainda não estão preparados, desabafam:

[...] A gente pensava que seria no máximo uma semana, dez dias [...] depois a gente ficou sabendo que seriam no mínimo 30 dias [...] ficamos apreensivos. (M3)

[...] A gente nunca espera que seja tanto tempo como foi; pensava num primeiro momento que seria no máximo uma semana, mas foram trinta dias. (M3)

Em uma sociedade onde a chegada do bebê é proclamada como algo maravilhoso e feliz, elaborar a própria decepção e ainda, na confusão dos sentimentos, retornar ao lar sem a presença do filho é divergir da família. Diante desta realidade, M2 expressa:

[...] Sofremos muito diante da situação, pois eu nem esperava que ela iria ficar na UTI, mas achava que seria poucos dias, mas quando o médico disse que seria até meses, foi uma tristeza, porque todos lá em casa esperando a sua chegada. (M2)

As mães demonstraram tristeza em deixar o filho no hospital, isto tornou o momento mais difícil de enfrentar, uma vez que não entendiam plenamente os motivos pelos quais o bebê deveria permanecer por tanto tempo internado. Sabemos da necessidade de cuidados constantes ao RN pré-termo e que, em geral, sua permanência na unidade neonatal é relativamente longa, o que, conforme Scocchi et al. (2003), justifica a preocupação no cuidado à família do bebê prematuro, a fim de estimular o vínculo familiar.

4.2.3 Terceira categoria - CASA DA GESTANTE: RECEBENDO APOIO E APRENDIZADO

Diagrama 03 – Recebendo apoio e aprendizado

Quadro 06 – Respostas das mães na Casa da Gestante

Subcategorias	Respostas / falas
1 Conversando com outras mães: trocando	<i>Ficam várias mães, você conhece outras, também, aí uma vai ajudando a outra, dando força para as outra, foi uma coisa boa que fizeram. (M4)</i>
	<i>Lá é melhor que o alojamento, cada uma ajuda a</i>

experiências	<i>outra fazendo amizade. (M6)</i>
2 Apoio do PROMAI	<i>As enfermeiras tratam a gente superbem, é até gostoso dá pra gente cozinhar se a gente quiser. (M2)</i>
	<i>A gente estava fazendo atividades esta semana com a psicóloga do Promai. Ela ensina a fazer desenho para o berço, fazer lembrancinha, esses ela ensina e tem salão de beleza na terça escova e chapa e toda quinta tem pizza todas juntas, o dia da floricultura é só para as mães do canguru. (M1)</i>
	<i>Hoje tem o projeto cozinhando com amor, só que não deu para a gente ir foi uma mãe de Campo Belo que ensinou fazer um rocambole, amanhã vai fazer outro, como não deu para gente ir hoje. (M1)</i>
3 – O acolhimento dos profissionais de enfermagem	<i>É bom porque a gente fica preocupada, então é bom que distrai a gente um pouco a psicóloga faz para ajudar por causa disso, por exemplo a cozinha que tem muita coisa para fazer, você distrai a cabeça, faz um negócio, faz outro, porque ajuda também. (M5)</i>

Subcategoria 1 - Conversando com outras mães: trocando experiências

Esta categoria retrata as pessoas e as estratégias de enfrentamento que as mães consideraram como significativas, ao vivenciar a internação de seu RNPT. Contar com apoio seja do companheiro, dos profissionais que atuam na unidade neonatal, na Casa da Gestante, dos familiares, das outras mães e amigos é uma forma de compartilhar a dor e amenizar o sofrimento, além de ajudar a suportar e superar este momento. Ao acompanhar o filho internado, muitas vezes, estas mães buscam apoio em outras mães que se encontram na mesma situação.

Durante a internação do filho, muitas mães permanecem na Casa da Gestante, e, ao se relacionar com os profissionais que as atendem, vão desenvolvendo um vínculo de credibilidade na equipe e adquirindo confiança no tratamento instituído. Durante a vivência de ter um filho internado, estas mães buscaram apoio em seus familiares e pessoas significantes, tanto apoio psicológico como para deixar sua casa e seus outros filhos aos cuidados dessas pessoas.

As mães que apresentavam nível razoavelmente alto de ansiedade buscavam mais informações sobre o filho, demonstravam sentimentos maternos mais intensos, apresentavam experiência anterior bem-sucedida e contavam com o apoio do marido, demonstraram boa evolução caracterizada pelo sucesso no atendimento das necessidades físico-emocionais do bebê e pela satisfação da família diante do novo membro.

A incerteza do diagnóstico e do prognóstico do filho também geram ansiedade e angústia nas mães que, na busca de apoio, podem encontrar pessoas solidárias que as ajudem. O

convívio diário e por longos períodos com outras mães acompanhantes favoreceu o estabelecimento de novas amizades, troca de experiências, apoio mútuo e acolhimento, palavras de confiança e conselhos de como deveriam agir nos momentos difíceis, fatos que contribuíram para sua melhor adaptação do ambiente.

Aprendemos que o ser mãe acompanhante do filho prematuro e de baixo peso ao nascer caracterizou-se como uma experiência difícil e dolorosa decorrente da separação do convívio familiar cotidiano, por outro lado o confinamento de um espaço como a Casa da Gestante contribui para sua prioridade que é estar com o filho na vivência permeada pelo apoio dos funcionários e equipe e familiares, estabelecendo novas amizades e troca de experiências.

Em algumas ocasiões, os relacionamentos entre as mães eram facilitados pelos encontros com outras pessoas da família, ou ainda quando se reuniam para fazer atividades com a terapeuta ocupacional contribuindo para o aprendizado, uma iniciativa do PROMAI (Programa Materno-Infantil), trabalho que é desenvolvido na Casa da Gestante.

As estratégias dos grupos de apoio gradativamente estão sendo utilizadas nessa assistência. Vasconcelos (2004) refere como objetivos: trabalhar a ansiedade das mães, os temores e fantasmas dos familiares frente à hospitalização; possibilitar, por meio da expressão de dúvidas e tabus, informação sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico; orientar quanto às rotinas de funcionamento da UTIN, prevenindo distúrbios emocionais familiares e/ou individuais.

Outra experiência de grupo que foi muito importante no início dos trabalhos de grupos com pais foi desenvolvida por Santelli, Turnbull e Higgins (1997) em um Programa de Apoio de Pais, executado por voluntários que tiveram experiência de hospitalização com um filho na UTIN. Esses pais são treinados pela equipe de saúde e devem: apoiar outros pais durante as visitas ao hospital; fazer contatos com estes por telefone, durante a hospitalização, procurando deixá-los menos sozinhos; ajudá-los a ter esperança no futuro e a encontrar aspectos positivos nessa vivência; lidar com o estresse; ouvir, entender e encorajar a expressão de sentimentos, o que caracteriza apoio emocional.

Subcategoria 2 - Apoio do PROMAI

Os profissionais do Programa Materno-Infantil permitiram a criação de um espaço na Casa da Gestante onde as mães acompanhantes pudessem ser ouvidas pela presença do profis-

sional psicólogo, falando de seus medos, suas dúvidas e necessidades. Além disso, proporciona momentos de descontração e alegria, muitas vezes compartilhados com seus familiares, com a equipe multiprofissional, promovendo a saúde mental de todos os sujeitos envolvidos. Essa experiência foi retratada nos depoimentos como boa, ótima, maravilhosa, que dá força, ajuda muito, faz melhorar, apoia e vale a pena.

O PROMAI, durante o grupo de escuta, permite às mães desabafarem, dizerem o que sentiam e pensavam, enfim serem ouvidas. Inicialmente, demonstravam constrangimento ao falarem de si mesmas e dos seus sentimentos, gradualmente adquirindo confiança nos profissionais. Na troca de experiências, as mães compartilham sofrimentos vivenciados, desde a gravidez e, por meio de comparações e autoajuda, sentiam-se fortalecidas e com esperança. Além de vantagens apontadas, possibilitar o esclarecimento de dúvidas que, muitas vezes, as mães verbalizam à equipe da unidade neonatal, pois não obtiveram respostas satisfatórias a seus questionamentos.

Nesse momento tão delicado, o acolhimento e a disponibilidade de alguém da equipe de saúde mostraram-se como um importante conforto.

Fui bem recebida na Casa da Gestante, fiquei lá uns 38 dias, mais de um mês foi um apoio muito grande que eu não esperava ter, porque a gente já sai debilitada com tudo que está passando. [...] tem uma enfermeira que sempre está lá, se você precisa de alguma coisa, sempre está ali para te apoiar, senti no final como se fosse na minha casa mesmo. (M3)

Nossa eles tratam a gente muito bem, e aqui tem sofrimento viu, então, acho que imaginam o que a gente passa, todas as enfermeiras perguntam o que estou sentindo, até a da cozinha chega e pergunta: E aí mãezinha o neném está bem?"então tem essa recepção boa. Isso é bom! Elas perguntam porque realmente interessam no processo, como é que foi por aqui, se você está bem, se está sentindo bem. Então eu vejo isso assim, sinto confiança. (M3)

As falas dessas mães demonstram como a conversa e o acolhimento que a equipe lhes deu as ajudaram a ter um melhor enfrentamento da situação. Essa conduta mais acolhedora da equipe permite uma preocupação, um estar junto, a capacidade de podermos nos aproximar das coisas e das experiências de modo familiar, de torná-las eventualmente íntimas. A vivência deste arquétipo deveria estar mais presente entre os profissionais da saúde: no entanto não é essa condição que prevalece no dia a dia (BARCELOS 2009).

Subcategoria 3 - O acolhimento dos profissionais de enfermagem

A necessidade de suporte no puerpério é algo pertinente, pois esta fase é marcada por dúvidas, medo, insegurança, momento também de assumir tamanha responsabilidade, enfim, ser mãe, puérpera e acompanhante de RNPT na UTIN, concomitantemente. Por esta ótica, verificou-se com expressividade a satisfação das participantes em relação aos cuidados ofertados pelos profissionais de saúde envolvidos neste tipo de assistência, já que contribuíram bastante para o sucesso na Casa da Gestante:

Ajudaram muito até porque, tem muita coisa que a gente não sabe, por ser mãe de prematuro e pela informação, aos poucos a gente vai aprendendo como lidar com o a situação do bebê internado na UTIN. (M3)

Ajudando bastante, não tinha experiência nenhuma, estão sendo superimportantes as informações que estão sendo repassadas, os cuidados foram todos importantes. (M5)

Ajudaram, porque esta foi minha própria gravidez, eu não tinha muita informação sobre ela, como era resguardo, essas coisas, a amamentação, é vacina de criança, muita coisa que a gente ainda não tem conhecimento, a gente fica sabendo pra levar ela e tudo, pra vacinar e pesar e retornar às consultas lá. (M2)

Com certeza, foram muito importantes para mim, porque sou marinheira de primeira viagem (risos), precisava muito de ajuda, além, das avós que ajudaram, também foi valiosa demais, a da enfermeira. (M8)

Na Casa da Gestante dá uma paz muito grande, você se sente bem acolhida e se sente bem. Eu estou aqui vai fazer 60 dias [...] O que me fez ficar todo este tempo aqui foi a casa da gestante [...] um lugar que me acolheu, um lugar para eu poder ficar, que foi importante no processo, importante para ela eu chegar ali todo dia e pegar na mãozinha dela falando 'filhinha, mamãe está aqui com você'. Então a Casa da Gestante foi muito bom! (M7).

As mães se mostraram satisfeitas com o apoio prestado na Casa da Gestante onde o ambiente familiar e a estrutura física são muito bons, a casa é arejada, possibilita as mães cozinhareem se quiserem, lavar algumas peças de roupas, apesar de ter a lavanderia disponível do hospital, enfim elas ficam muito à vontade, a casa é cercada de árvores e jardins onde escutam os pássaros a cantar e as orientações concedidas pelos profissionais de saúde, visto que há comunicação entre equipe e família sendo ela verbal ou não verbal, em que se estabelecem as relações.

O suporte oferecido pela equipe da Casa da Gestante é essencial, uma vez que as mães precisam de alguém que esclareça as dúvidas e lhes transmita autoconfiança, indispensável ao desempenho materno. Necessita, ainda, de ajuda e auxílio de familiares, como também de

grupos de apoio a favorecer esta fase de adaptação. Os pais relatam que a atenção de enfermagem para com eles acontece por meio do esclarecimento de dúvidas, transmissão de informações e incentivo ao vínculo com o RN.

Ensina como dar o banho no bebê, como trocar a fralda, passar a dietinha na sondinha, tudo sobre a amamentação, é tipo um curso mesmo e também a pegar, como deixar ela quietinha. Põe a mão na cabeça e nas perninhas. (M5)

O amparo aos pais e familiares além das mães nesse processo torna-se muito importante, implicando em atenção especial. Logo, o enfermeiro deve dispensar atenção à família e ser capaz de auxiliá-la na superação dos medos, inseguranças, dúvidas, anseios e obstáculos que venham a prejudicar na maneira de lidar com a internação do filho.

Apesar dos RNPTs estarem sobrevivendo devido às altas tecnologias e aos conhecimentos novos, sua internação em UTIN poderá resultar em transtornos para as famílias, pois estas poderão ter dúvidas sobre a intervenção utilizada, além de desgaste emocional (CENTA; MOREIRA; PINTO, 2004).

A presença efetiva da equipe de enfermagem é tão importante quanto o procedimento técnico, porque este nem sempre funciona tão bem diante de situações de estresse. A essência do cuidar humano é atendida e compreendida somente vendo, escutando e sentindo o RNPT e a família com um todo. Com isso, a enfermagem possui a responsabilidade de envolver os familiares, centrando-se na figura dos pais e no cuidado especial às mães (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Com relação ao incentivo do vínculo entre família e RN, as mães afirmaram que a equipe as tranquiliza quando se aproximam do filho e exemplificaram como a equipe faz.

Explica pra gente pra quando chegar, pegar na cabecinha firme, conversar [...] Fala pra gente [...] conversar bastante que isso ajuda bastante o bebê, estimular a criança ajuda bastante; [...] manda a gente tocar firme. (M8)

Elas falaram pra mim que quando eu for visitar ele pra sempre tá tocando nele, acariciando, abraçando com ele. Deram até um folhetinho explicando a importância do toque materno. [...] Eles falam que é pra gente acariciar o bebê, pra ele sentir a nossa presença. (M6)

Percebemos que a atenção da equipe de enfermagem com as mães transmite tranquilidade às mesmas, fazendo com que elas acreditem que a formação do vínculo é benéfica à recuperação da criança.

O estabelecimento e a manutenção do vínculo, durante a hospitalização, são fundamentais para o despertar do cuidado da família para com o RNPT, pois acelera o processo de recuperação da saúde deste. No primeiro contato dos pais com o RNPT, a equipe deve explicar todo o equipamento envolvido no cuidado e as razões pelas quais o mesmo necessita de cuidados intensivos e qual será o curso do tratamento (LOUREIRO; CASTILHO; SILVA, 2009).

No contexto hospitalar, a família anseia pela comunicação com a equipe, pelo momento de ter uma explicação de tudo que está acontecendo de como está evoluindo o recém-nascido, do que pode vir a acontecer, buscando apoio e cuidados da equipe numa visão multiprofissional. Além disso, o pós-parto é retratado como um período de reconstrução do próprio eu e da autoestima, a emergir frente ao papel, podendo ser desafiadora durante este período crítico de tempo que poderá acarretar em sofrimento psíquico. Para tanto, deve ser instituído o planejamento do cuidado humano, favorecendo a adaptação a esta nova vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As construções que permearam o presente estudo levaram a um extenso e abrangente percurso. Ao focar a mãe diante da prematuridade na perspectiva do acolhimento, não houve como não transitar por campos diversos, universo de mães, famílias e profissionais, estruturação de serviço, interlocuções com políticas públicas; inter-relações estabelecidas com outros processos, como acolhimento e humanização. Para adentrar em um complexo caminho, fazia-se essencial a definição de norteadores como a busca de uma base conceitual consistente e orientadora de observações e de compreensões, para a análise com vistas à humanização e ao acolhimento.

Os dados revelaram, inicialmente, o quanto ainda é evidente a necessidade que as mães têm em falar sobre os seus sentimentos de angústia e medos, na situação da internação do prematuro. Os depoimentos que compuseram a primeira categoria do estudo: O impacto da separação súbita, após o nascimento, puderam revelar esta realidade.

A partir da análise, identificaram-se diferenças entre os cenários estudados no que se refere à humanização e ao acolhimento oferecido para as mães. Notamos que, embora as propostas da instituição estudada envolvam estratégias que visem ao atendimento das necessidades psicobiológicas e sociais da criança, mãe e família e de humanização do cuidado, nem sempre as ações estabelecidas, nos diferentes cenários envolvidos no cuidado materno-infantil, estão munidas de forma efetiva de condutas acolhedoras e comprovadamente benéficas, fundamentadas em uma cultura de respeito aos direitos humanos e em um conceito de saúde integral.

Um dos primeiros pontos que se destacou concerne à mobilização da humanização do cuidado, a partir dos processos de acolhimento. Neste contexto, tais processos marcaram os discursos das mães acerca de situações e sentimentos vivenciados, durante o processo de internação de seu RNPT. Porém, esses processos mostraram eixos norteadores da produção do

cuidado, nas dimensões de estruturação de serviços, tendo um destaque maior para o cenário que envolveu a Casa da Gestante, sendo que nos demais cenários, como o da UTIN e do Método Canguru, tais processos não ficaram tão evidentes.

Nesse cenário de inter-relações relevantes, explicitando, ademais, as inter-relações de acolhimento e humanização, o acolhimento é concebido como a possibilidade de atuação como uma peça-chave na produção do cuidado voltado especialmente para resgatar e/ou validar a vivência das mães. A importância do acolhimento no cuidado humanizado pode ser observada nas falas das mães participantes deste trabalho, sendo estes aspectos priorizados na atenção e que definem a escolha e a satisfação com um serviço sustentado, ademais, pelas buscas de respostas a demandas vividas nesses campos.

Considerando-se o impacto de tais processos nas vivências das mães acompanhantes dos RNPTs, os trabalhos de grupos para o fortalecimento da mãe, o apoio emocional através da escuta pela participação nos grupos de mães e a vinculação da família no processo ficam entendidos aqui como expressões do acolhimento que também se destacaram de modo especial.

Ficou evidente na categoria *Restrições no Método Canguru* e subcategoria *Sentindo-se impotente e desamparada* a demanda de auxiliar a mãe a vivenciar a transição imposta pela prematuridade, pela permanência no MC, para favorecer o apego e o vínculo mãe-bebê.

No núcleo, observamos que tais pressupostos permeiam as concepções das mães, as posturas por elas assumidas, os sentimentos aflorados e revelados, assim também como a própria estruturação do serviço – estrutura física. Os depoimentos das mães, por sua vez, corroboraram a importância desses trabalhos, incluindo aí vivências para o fortalecimento à promoção da saúde e ao acolhimento.

É um ponto merecedor de atenção em estudos futuros, principalmente por sugerir a possibilidade da humanização, associar-se à promoção de mudanças mais amplas na sociedade, auxiliando a gerar nova e melhor qualidade nas relações estabelecidas entre os indivíduos, como foi salientado ao longo deste trabalho, e considerar o impacto de uma base favorável ao desenvolvimento mãe-família-bebê.

O objetivo deste estudo foi compreender a experiência de mães de RNPTs internados em UTIN, na perspectiva do acolhimento. As questões que motivaram sua realização relacionaram-se ao modo de pensar, sentir e agir dessas mães. A atuação em maternidade sempre nos levou a considerar além do bebê, a sua mãe, no foco da assistência humanizada. Estudos revelam que hoje bebês nascidos com pesos cada vez menores são a cada dia beneficiados pela

tecnologia das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais. Profissionais cada vez mais capacitados utilizam técnicas cada vez mais afinadas para garantir sua sobrevivência. É como se estivéssemos vivendo num grande avanço da tecnologia e do progresso da ciência. Os bebês, que há algumas décadas não tinham esperança de sobreviver, voltam para suas casas muitas vezes após passarem meses em UTIN e receberem da ciência uma nova chance de vida, cuidados pelas UTINs, sendo que aproximadamente 10% dos nascidos vivos em nosso município são prematuros ou nascem com baixo peso.

Em contrapartida, temos o outro lado, um pensamento e uma grande verdade: e a mãe? Quem cuida das mães de UTIN, da sua dor, do seu cuidado, de sua família e de sua desestrutura?

As mães frágeis mal conseguem caminhar da Casa da Gestante até a UTIN para cuidar de seu RNPT. Enfraquecidas, têm sua dor potencializada muitas vezes por determinações médicas como suspensão de visitas ou impossibilidade de amamentação, tornando-se cidadãs diminuídas pela dor e desamparadas pelo sistema. É necessário cuidar das mães da UTIN, humanizar o Método Canguru com uma estrutura confortável, pois estas mães estão fragilizadas emocionalmente pela dor, solidão, culpa e pela ameaça que cerca a vida de seus filhos e de sua família.

Houve a oportunidade de entender a permanência da mãe no MC, conhecer e compreender os processos que envolvem a experiência para representá-la no estudo, de modo a pensar nos riscos e benefícios do MC para a mãe, considerando que no contexto familiar ela fica dividida tentando manter um equilíbrio para o atendimento das duas dimensões: família e hospital, de igual valor para ela. O MC apresenta-se como uma estratégia que possibilita à mãe e à família estarem próximas para também cuidar do filho prematuro, mas não ocorre sem trazer conflito para a família, não só pelo nascimento do filho prematuro, mas também pela necessidade de atender às demandas decorrentes da condição de ter um bebê frágil e da própria família, exigindo transformações na dinâmica familiar, bem como a submissão às normas estressantes e suportar posições desconfortáveis e rotinas do contexto hospitalar, fragilizando até suas necessidades humanas básicas.

O atendimento a recém-nascidos de risco (RNPT) requer estruturas hospitalares com conforto e tecnologia avançada. Esses ambientes, mesmo sendo de extrema importância para a assistência ao neonato de risco, possuem fatores estressores além de dificultar o contato entre os pais e o recém-nascido por longo período. Assim o MC torna-se essencial para a mu-

dança institucional na busca de uma atenção centrada na humanização da assistência ao recém-nascido mãe e família.

A proposta do MC, além de ser uma política do Ministério da Saúde, mostra ser uma estratégia de humanização segura, promotora do aleitamento materno e de menor custo, quando comparada com a assistência convencional, porém ainda não está amplamente implantada no Brasil.

Em suma, isso sugere que outras variáveis como a cultura e o apoio institucional, dentre outras estratégias para o fortalecimento do acolhimento e da humanização no MC, devem ser observadas. Assim é necessário realizar, com as capacitações, outras ações como maior apoio contínuo aos gestores institucionais e manutenção de uma política nacional de estímulo ao método. Atualmente o Ministério da Saúde desenvolve um novo conjunto de ações que vão desde a revisão da norma brasileira até a formação de equipes multiprofissionais para atuar como tutores bem como o envolvimento dos Estados e municípios no apoio a esse processo, para aumentar a implantação do MC nas maternidades brasileiras.

Este estudo vem apresentar novas perspectivas para a assistência à mãe, uma vez que a compreensão e a aplicação dos conceitos desenvolvidos vêm aguçar a sensibilidade para situações e problemas relacionados à questão como ampliar o foco de atenção, trazendo o prematuro para o contexto de sua família e tomando a mãe como uma unidade de cuidado, ao considerar suas restrições e seus recursos contextuais.

Assim é preciso conhecer os sentimentos e as dificuldades enfrentadas pelas mães dos prematuros durante o processo de internação e como a vivência do acolhimento da Casa da Gestante, diante deste processo, se refletiu na família e nos sentimentos de cada uma das mães, pois na Casa da Gestante as mães desabafam. Este outro ambiente da instituição onde as mães entrevistadas vivenciaram a prematuridade promove, semanalmente, na Casa da Gestante, reuniões de grupos de escuta para o apoio e os esclarecimentos da equipe sobre os cuidados e a evolução dos bebês internados naquela unidade. A acolhida e o interesse das mães em participarem da pesquisa reforçaram a nossa crença de que elas necessitavam ser ouvidas.

As mães demonstraram surpresa pelo tempo de permanência do bebê na UTIN, o que causou estresse, e consideraram um ambiente assustador, gerador de sentimentos como o medo, a preocupação e a insegurança. A crença e o apego a um ser superior apareceram como fator atenuante diante do enfrentamento do processo de internação e da angústia pelo medo da morte, reforçando a necessidade de acreditar e confiar. O choque ao ver os equipamentos e as outras crianças em estado grave apareceu como fator limitante e frustrante para as mães, uma

vez que a pouca informação sobre as rotinas da UTI aumentou a ansiedade, o medo e a expectativa.

Acreditamos na possibilidade de podermos suavizar a impressão e os sentimentos vivenciados pelas mães, durante o processo de internação do prematuro, através de uma abordagem humanizada oferecida pela equipe de enfermagem, com orientações, com apoio psicológico, com informações precisas, com estímulo ao vínculo com o bebê e participação nos cuidados, identificando e atendendo às necessidades destas mães, principalmente no MC.

Talvez elaborar uma cartilha educativa, desenvolvida por enfermeiras, que explique e ilustre os cuidados com o bebê seja uma ferramenta simples e de grande valor, pois se trata de mais um recurso a ser utilizado. Melhoria da estrutura física do MC, bem como a autorização para que essa mãe durma na Casa da Gestante, para descansar o corpo da poltrona que é oferecida no MC. Conforme percebemos nas falas das mães, na Casa da Gestante, elas recebem carinho apoio e acolhimento, onde podem comer e dormir tranquilamente nos dias de exaustão no MC. A reflexão realizada sobre a vivência das mães na unidade neonatal serviu para afirmar que precisamos ouvir, precisamos orientar, precisamos sentir e observar, porque acreditamos realmente que somos nós, profissionais da saúde, os responsáveis pela mudança, pela humanização e pelo diferencial que é oferecido aos clientes de nossas instituições.

A prática do acolhimento nesse difícil processo de ter um filho internado em UTIN fica fragilizada, uma vez que, no modelo assistencial vigente, ainda que em um Hospital Amigo da Criança, os profissionais continuam habitualmente a se colocarem como detentores do saber sem valorizar a escuta à mulher nessa situação em que ela vivencia momentos difíceis no processo do nascimento prematuro de modo súbito. Notamos que ainda prevalece o modelo biomédico, necessitando-se ainda daquele modelo que caracterizaria o acolhimento, um modelo centrado nos interesses dos usuários, que vise à organização do trabalho, com vistas à escuta e à resolução de demandas em saúde.

O acolhimento fica fragilizado, pois prevalecem ainda as demandas do sistema, em que as demandas das mães ainda ficam aquém, pois envolvem não apenas o hospital e a UTIN, mas toda a sua vida, considerando todas as suas necessidades de mulher inserida numa família concreta.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H. et al. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.86, n.3, p.250-253, maio/jun. 2010.

ANDRADE, I. S. N.; GUEDES, Z. C. F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.5, n.1, p.61-69, jan./mar. 2005.

AQUINO, R. R.; OSÓRIO, M. M. The feeding of preterm newborns: alternative methods for the transition from tube-feeding to breastfeeding. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 11-6, jan./mar. 2008.

ARAUJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Revista Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 865-872, dez. 2010.

AZEVEDO, M.; MENDES, E. N. W. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 68-75, mar. 2008.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO W. D. O processo de humanização do ambiente hospitalar. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 132-135. 2006.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 8. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. Grupos de pais: necessidade ou sofisticação no atendimento em unidades de terapia intensiva? **Pediatr.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 323-331. 1998.

BALDISSARELLA, L.; AGLIO, D. D. D. No limite entre a vida e a morte: um estudo de caso sobre a relação pais/bebê em uma UTI Neonatal. **Estilos clín.**, São Paulo, v.14, n. 26, p.68-89. 2009.

BARCELLOS, G. **O Irmão: psicologia do arquétipo do fraterno**. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BELLI, M. A. J. **Mães com filho internado na UTI Neonatal: um estudo sobre as representações sociais**. 2003. 165f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

_____; SILVA, I. A. A constatação do filho real: representações maternas sobre o filho internado na UTI neonatal. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 165-70, set./dez. 2002.

BODGAN, R., BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução a teoria e aos métodos**. Porto, Portugal: Porto Editora, 1994.

BOLELA, F. **A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde**. 2008. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método mãe canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. **Atenção humanizada ao recém nascido de baixo-peso: método canguru**. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Manual de Humanização**. 2000. Disponível em: <http://www.portal_humaniza.org.br/ph/dados/anexos/80-2.doc>. Acesso em: 24 jan 2013

_____. Portal Saúde. **Hospitais devem adotar mais cuidados com as mães**. 2012a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8479/162/hospitais-devem-adotar-mais-cuidados-com-as-maes.html>>. Acesso em: 11 de mai. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.459/GM**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 20 mar.2013.

_____. **Portaria nº 1.683**, de 12 de julho de 2007. Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt_1683_12_07_2007>. Acesso em: 08 de out de 2013.

_____. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde. 2012b. 12p. Disponível em: <<http://conselho.Saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/areacfm_area390>. Acesso em: 29 de set de 2013..

_____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência hospitalar**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 2001b. 60p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMARGO, C. L. et al. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 3, n. 3, p. 267-275, set./dez. 2004.

CAMAROTTI, M. C. De braços vazios: uma separação precoce. In: ROHENKOHL, C. M. F. **A clínica com o bebê**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 47-55.

CARVALHO, R. A. **Cuidado-presença: importância na atenção ao recém-nascido de alto risco**. Passo Fundo, RS: UPF, 2001.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de Atenção a Saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, abr./jun. 2000.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p. 105-111, jan/fev. 2005.

CASTRAL, T. C. **A relação entre fatores maternos e a resposta à dor e ao estresse do prematuro em posição canguru**. 2010. 215f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

CENTA, M. L.; MOREIRA, E. C.; PINTO, M. N. G. H. R. A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Texto contexto- enferm**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 444-451, jul./set. 2004.

CHAGAS, N. R.; MONTEIRO, A. R. M. A relação entre mãe adolescente e o bebê pré-termo: sentimentos desvelados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 28, n. 1, p. 35-44. 2007.

CHAVES, E. M. C. et al. Humanização e tecnologia na unidade de terapia intensiva neonatal. **Nursing**, São Paulo, v.10, n. 113, p. 467-70, out. 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Protocolo de Enfermagem. **Resolução RDC nº 50**. Brasília: Fundação Nacional Saúde, 2002.

COSTA, J. B.; COLLET, N.; GONÇALVES, B. R. Sofrimento psíquico da criança hospitalizada. **Rev. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.79-86, abr./jun. 2007.

_____; MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S. Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 317-325, jul./set. 2009.

COSTA, M. C. G.; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 698-704, out./dez. 2010.

ELEUTÉRIO, F. R. R. et al. O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe-canguru. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 7, n. 4, p. 439-446. out./dez. 2008.

ESPERANÇA, A. C.; CAVALCANTE, R. B.; MARCOLINO, C. Estudo de demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.10, n.1, p.30-36, jan/mar, 2006.

FLECK, A. **O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade**. 2011. 99f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353. Abr/jun, 1999.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, jan. 2008.

FUJINAGA, C. I. et al. Validação clínica de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v. 13, supl., p.23-28. 2008.

FURLAN, C. E.; SCOCHI, C. G.; FURTADO, M .C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe canguru. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 444-452, jul./ago. 2003.

GAÍVA, M. A. M; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 444-448, jul./ago. 2005.

GASQUES, J. **Diaconia do acolhimento: desafio à liturgia e a pastoral na cidade**. São Paulo: Paulus, 1996.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M. M. F. **As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI neonatal: construindo possibilidades de cuidado**. 1999. 238p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. **Ter filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: o significado para os pais**. 1992. 118p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1992.

GRIFFIN, T.; WISHBA, C.; KAVANAUGH, K. Nursing intervention to reduce stress in parents of hospitalized preterm infants. **J Pediatr Nurs**, v. 13, n. 5, p. 290-295, out. 1998.

GUEDENEY, A. E.; LEBOVICI, S. **Intervenções psicoterápicas pais/bebê**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

HANNULA, L.; KAUNONEN, M.; TARKKA, M. T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. **J Clin Nurs**, v. 17, n. 9, p. 1132-1143, maio 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação População e Indicadores Sociais. **Perfil dos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

IUNGANO, E. M. A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI Neonatal. **Psicol. em Pediatr.**, São Paulo, v.6, n.2, p. 26-30, 2009.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo: Construindo Bases para um apego seguro e para a independência**. Tradução de Maria Rita Hafmeister. Porto Alegre: Artmed, 2000.

KOHLSDORF, M.; COSTA JUNIOR, A. L. Estratégia de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 417-429, 2008.

LEVIN, A. Humane neonatal care initiative. **Acta Paediatr.**, v. 88, n. 4, p. 353-355, abr. 1999.

LIMA, A. P. C.; FERNANDES, M. B. Resiliência: um enfoque da Gestalt-terapia. **Revista SPAGESP**, São Paulo, v. 3, n.4, p.49-57, 2006.

LIMA, A. P. C.; A humanização do cuidado pré e pós-natal em uma organização não governamental. 351f. Dissertação de (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo, 2010.

LIMA, H. F.; ROCHA, L. S.; LIMA, M. I. **Experiência de pais no cuidar de RN na UTI neonatal: passando o meu amor, a minha força e minha energia, ele se recupera mais rápido**. 2004. 102 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade Católica de Goiás, 2004.

LIMA, R. A. G. **Experiência de pais e de outros familiares de crianças e adolescentes com câncer:** bases para os cuidados paliativos. 2002. 113f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

LOUREIRO, L. L.; CASTILHO, M. A.; SILVA, Y. E. **Reações dos pais diante da hospitalização de um recém-nascido em uti neonatal.** LINS: São Paulo, 2009.

MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda:** clínica psicanalítica com os bebês prematuros. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

MATUMOTO, S. **O acolhimento:** um estudo sobre componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 219 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública:** a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas, SP: Papirus, 1985. (Coleção Krisis).

_____, A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde- uma discussão de modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS.C.R; MALTA, D. C; REIS, A T 9orgs). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo aopúblico. São Paulo: Xamã, 1998. P.103-120.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O. **Pesquisa Social:** Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S.; **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde.. Hucitec,** Rio de Janeiro, Abrasco, p.269, 1993.

MINAYO, M .C. S. Social violence from a public health perspective. **Cad. Saúde Publica,** Rio de Janeiro, v.10, suppl. 1, p.7-18, 1994.

_____.Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES, S.F.(Org.) **Humanização dos cuidados em saúde:** conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MONTEIRO, T. M. T.; SILVA, M. L.; SILVA M. V. S. Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. **Cogitare Enferm.,** Curitiba, v.7, n.1, p.36-42, jan./jun. 2002.

MONTICELLI, M. A família e a enfermagem em alojamento conjunto: saberes, poderes e experiências relacionais. In: ELSEEN, I.; MACCOON, S. S.; SILVA M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Éduen, 2004. p.137-150.

MOORE E. R.; ANDERSON, G. C.; BERGMAN, N. Early Skin-to-Skin contact for mothers and their health newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev,** v. 18, n. 3, Jul 2007.

NYQVIST, K. H. et al. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. **J Hum Lact,** v. 29, n. 3, p. 300-9, 2013.

NYQVIST, H. K. et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. **J Hum Lact**, v.28, n. 3, p.289-96, Ago 2012.

NYQVIST, K. H.; KYLBERG, E. Application of the baby friendly hospital initiative to neonatal care: suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. **J Hum Lact**, v. 24, n.3, p. 252-62, 2008.

OLIVEIRA, T. M. **O psicanalista diante da morte: intervenção psicoterapêutica na preparação para a morte e elaboração do luto**. São Paulo: Editora Mackenzie, 2001.

PIERREHUMBERT, B.; ANSERMET, F.; MULLER-NIX, C. Prematurity, maternal post-traumatic stress and consequences on the motherinfant relationship. **Early Hum Dev**, v. 87, n. 1, p. 21-6, jan. 2011.

REDSHAW, M. E.; HARRIS, A. Training and education for nurses working in neonatal care. **J Adv Nurs**, v.6, n. 20, p. 1023-1029, 1994.

REGO, A. S. M. **Diagnóstico perinatal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais em 1991**. 1994. Dissertação (Mestrado em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1994.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado na UTI neonatal. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 200-13, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2010.

RENFREW, M. J. et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. **Health Technol Assess**, v.13, n. 40, p.1-146, Ago 2009.

RICE, S. J. et al. Economic evaluation of enhanced staff contact for the promotion of breastfeeding for low birth weight infants. **Int J Technol Assess Health Care**, v. 26, n. 2, p.133-40, abr. 2010.

ROSSETTO, E. G. **O uso da translação para o aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros: ensaio clínico randomizado**. 2011. 150p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SALES, C. A. et al. Concepções das mães sobre filhos prematuros em UTI. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n.1, p.20-24, jan./fev. 2006.

SANTELLI, B; TURNBULL, A; HIGGINS, C. Parent to parent support and health care. **Pediatr. Nursing**, Pitman, v.23, n.3, p.303-306, 1997.

SANTINI, A. M. et al. Estresse: vivência profissional de enfermeiras que atuam em UTI Neonatal. **Cogitare Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 14-22, set./dez. 2005.

SCARABEL, C. A. **A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido numa unidade de terapia intensiva neonatal: estudo a partir da psicologia analítica**. 2011. 199f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. 245f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C. G. S. et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latinoam. Enferm.**, São Paulo, v.11, n. 4, p.539-543, jul./ago. 2003.

SHAH, et al. Maternal Resolution of Grief After Preterm Birth: Implications for Infant Attachment Security. **Pediatrics**, v. 127, n. 2, p.92-284, fev. 2011.

SILVA, M. H. A. et al. Bottle and breast sucking effects in premature infants. **Rev. RENE.**, v. 12, n. 1, p. 81-7, 2011.

SINSEM, C. D. **O significado do cuidado do neonato sob a ótica dos cuidadores em enfermagem de uma UTI neonatal**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SOUZA, C. B.; ESPÍRITO SANTO, L. C.; GIUGLIANI, E. R. J. **Políticas Públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil**. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo_franca_novo.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2013.

STEELE, K. Caring for parents of critically ill neonates during hospitalization strategies for health care professionals. **Maternal-Child Nurs J**, v. 16, n. 1, p. 13-27, 1987.

SYMINGTON, A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 19, n. 4, 2005.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendendo como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ, Abrasco, 2003. P.89-111.

TAVARES, L. **Uma declaração universal de direitos para o bebê prematuro**. Rio de Janeiro: Diaphic, 2009.

VASCONCELOS, M. G. L., **Implantação de um grupo de apoio a mãe acompanhante de recém nascido pré termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife/PE** 2004. 165f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

VASCONCELOS, M. G. L., LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.6, n.1, p. 47-57, jan./mar. 2006.

VENÂNCIO, S. I. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.36, p. 313-318, 2002.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução**. Porto Alegre: Tono Editorial Ltda, 2000.

WERNET, M. **Experiência de tornar-se mãe na unidade de cuidados intensivos Neonatal** 2007. 135f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

WHO. World Health Organization. The Global Action Report. **Born too soon**. WHO, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: 04 de jun de 2013.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2000. p. 399-405.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Beatriz Dutra Brazão, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Adriana Moraes Leite, convido a Sra. a participar da pesquisa cujo título é **“Sentimentos maternos no contexto da internação de prematuros em UTI Neonatal”** que será realizada na Santa Casa de Misericórdia de Passos e se destina às mães que se encontram no alojamento conjunto acompanhando seus recém-nascidos prematuros e internados na UTI Neonatal; com objetivo da pesquisa sendo de compreender os sentimentos apresentados pelas mães quando seus bebês estão internados em UTI Neonatal e como enfrentam esta realidade.

Você será entrevistada no alojamento conjunto por mim, para que eu possa conhecer um pouco sobre os seus sentimentos, agora nesse momento em que seu bebê está internado na UTI. Esta entrevista será gravada para que depois eu possa passar a sua fala em papel para continuar o estudo, depois da entrevista. A entrevista terá duração prevista de 40 minutos.

Caso você sinta algum constrangimento ou desconforto, vontade de chorar no momento em que você estiver sendo entrevistada, você terá a liberdade de me comunicar para pararmos a entrevista por um tempo, para que assim eu possa atendê-la em suas necessidades e se necessário buscar algum apoio psicológico. Caso você quiser parar com a entrevista, esta será finalizada assim que você nos pedir. As entrevistas serão realizadas e ouvidas apenas por mim e minha orientadora. Esclareço que algumas informações sobre o nascimento que estiverem no seu prontuário serão também analisadas e será mantido o segredo de todas as informações.

Informo que você terá a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo para esclarecimento de qualquer dúvida na Faculdade de Enfermagem de Passos, Av. Juca Stockler, 1500- Belo Horizonte. CEP:37902 -102 Passos/MG. Nosso telefone é 3529 6000 e o e-mail para contato é biadbl@hotmail.com. na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Av. Bandeirantes, 3900- Monte Alegre. CEP:14040-902-Sala 54. Também é garantida a liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo. É importante esclarecer que não existirão danos, riscos e despesas financeiras em qualquer fase do estudo.

As suas falas gravadas, durante a entrevista, serão utilizadas somente para pesquisa, e os resultados serão mostrados através de revistas especializadas e/ou em encontros científicos, sem nunca tornar possível sua identificação. O presente termo de consentimento consta de duas vias ficando uma comigo e a outra com você.

Acredito que as informações que li ou que foram lidas para mim descrevendo este estudo foi suficiente para o meu entendimento. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os

procedimentos a serem realizados, a garantia de ~~segredo~~ anonimato e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que eu não terei gastos ao participar do estudo e que terei acesso aos resultados. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento sem penalidade ou prejuízo de qualquer natureza.

Passos, ____ de _____ de 20____.

Participante do estudo

(ou impressão datiloscópica +assinatura Teste

Beatriz Dutra Brazão

Autora

APÊNDICE B

Roteiro da Entrevista

A presente pesquisa tem como finalidade compreender os sentimentos vivenciados pela mãe que acompanha seu RNPT internado na UTI NEO e as estratégias de enfrentamentos utilizadas para lidar com esta realidade e reduzir, eliminar ou manejar as situações percebidas pela mãe e seus sentimentos como causadores de possível sofrimento psíquico, no contexto de um Hospital Amigo da Criança do Município de Passos-MG. Assim contamos com a sua colaboração para responder às seguintes questões:

I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Idade: ____ anos

Número de filhos:

Estado civil:

Tipo de parto:

Escolaridade:

Ocupação:

Renda familiar:

Peso do RN:

Sexo do RN / idade gestacional:

Apgar do RN:

II – QUESTÕES

- 1- Como a senhora está se sentindo agora nesse momento com a internação do (nome do filho) aqui na UTI?**
- 2 - O que sente quando olha para seu filho?**
- 3 - O que sente quando está na UTIN?**
- 4 - O que sente quando conversa com os profissionais e eles com você?**
- 5 - Como você participa do dia a dia do seu filho? Como se sente como esta participação?**
- 6 - Como se sentiu quando seu bebê veio para UTIN?**
- 7 - O que ajuda quando tem sentimentos ruins?**

ANEXO A

Aprovação do Conselho de Ética da Coparticipante

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Passos, 31 de janeiro de 2012.

De: Beatriz Dutra Brazão Lélis

Para: Senhor Doutor Marcos Antônio de Oliveira

Venho através deste, cumprimentar V. Sa. Cordialmente e solicitar a autorização para ter acesso às mães dos RN hospitalizados na UTI Neo que tem por objetivo de compreender os sentimentos vivenciados pela mãe que acompanha seu RNPT internado na UTI Neo e as estratégias de enfrentamentos utilizadas para lidar com esta realidade e reduzir, eliminar ou manejar as situações percebidas pela mãe, seus sentimentos como causadores de possível sofrimento psíquico, no contexto de um Hospital Amigo da Criança do Município de Passos-MG.

Serão realizadas durante o desenvolvimento do projeto, visitas a sala de espera do setor da UTI Neo por possibilitar como finalidade a coleta de informações para a execução da pesquisa. Considera-se que este trabalho será de suma importância para direcionar as intervenções à mãe acompanhante, para ouvi-la e apoiá-la nesse difícil processo de ter um filho prematuro internado em uma unidade de alta complexidade assistencial, não atende suas necessidades de mulher inserida em uma família concreta, vivenciando momentos difíceis no processo do nascimento prematuro de modo súbito. Assim, venho reiterar minha solicitação para que seja autorizado o acesso, sem o qual o desenvolvimento da Pesquisa de Mestrado não será possível.

Me coloco a disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Desde já agradeço a atenção.

Beatriz Dutra Brazão Lélis

Aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública – EERP/USP

Profª da Faculdade de Enfermagem de Passos – FAENPA

Ilmo Sr: Doutor Marcos Antônio de Oliveira

DD Presidente do Conselho de Ética da Santa Casa de Passos/MG

ANEXO B – Galeria de Fotos