



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

THALITA DOS SANTOS COSTA

**A PERCEÇÃO DAS MÃES ACERCA DA VIVÊNCIA NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

SÃO LUÍS

2018

THALITA DOS SANTOS COSTA

**A PERCEPÇÃO DAS MÃES ACERCA DA VIVÊNCIA NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
banca de defesa do Curso de Graduação de
Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão
para obtenção do grau de Bacharel de Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Isaura Letícia Tavares
Palmeira Rolim

SÃO LUÍS

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

COSTA, Thalita dos Santos.

A percepção das mães acerca da vivência na Unidade de
Terapia Intensiva Neonatal / Thalita dos Santos Costa.
- 2018.

91 f.

Orientador(a): Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim.
Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
SÃO LUÍS, 2018.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Recém-nascido prematuro.
3. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. I. Rolim,
Isaura Letícia Tavares Palmeira. II. Título.

THALITA DOS SANTOS COSTA

**A PERCEPÇÃO DAS MÃES ACERCA DA VIVÊNCIA NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do Curso de
Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof.^a Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Eremita Val Rafael (1º membro)
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Lena Maria Barros Fonseca (2º membro)
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus por ter me permitido concretizar essa etapa.

Aos meus pais Sandra e Francisco por toda a força, investimento, apoio nas horas difíceis e incentivo para que encerrasse essa longa jornada.

A minha querida avó Irene (in memoriam) que sempre sonhou com este momento e durante todo o percurso foi minha fonte de inspiração e força para continuar.

A minha querida irmã Thaís pela paciência, apoio e contribuição na minha formação.

Ao meu namorado Luciano por toda sua dedicação, cuidado e paciência durante esses anos.

AGRADECIMENTOS

Está chegando ao final de mais uma etapa, não foi fácil, mas consigo sentir a vitória me alcançando. Foram incontáveis horas de estudo e dedicação para completar a jornada. Nesse tempo aprendi muito e principalmente a valorizar essa que logo se tornará minha profissão, e digo com orgulho SOU ENFERMEIRA e não há missão mais nobre do que o CUIDAR.

Este trabalho é fruto de um longo caminho de aprendizado, crescimento e amadurecimento. Assim deixo registrado o meu reconhecimento e agradecimento a cada pessoa que contribui para o finalização dessa graduação.

Agradeço primeiramente à Deus por me guiar e iluminar o caminho durante esses dias difíceis, me proteger à cada instante e me conceder saúde para superar os obstáculos em meio ao processo de formação.

À Universidade Federal do Maranhão pelos anos de aprendizado, e pelo alto nível de qualidade da formação.

Aos docentes pelo compartilhamento dos saberes e contribuição na minha ascendência profissional.

À minha orientadora a Prof^ª Dr^ª Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, a quem admiro como profissional. Obrigada pela oportunidade de trabalharmos juntas, a solicitude em todos os momentos, e por toda a paciência para comigo.

À Geysa Gois, que foi uma pessoa excepcional, em me ajudar durante a construção deste trabalho.

À banca examinadora, Prof^ª Dr^ª Eremita Val Rafael e Prof^ª Dr^ª Lema Maria Barros Fonseca por aceitarem avaliar o meu trabalho e contribuírem com observações e alterações pertinentes.

A todas as mulheres que se dispuseram a contribuir com a pesquisa.

Aos meus pais Sandra Santos e Francisco Costa pelo amor incondicional, pela oportunidade de chegar até aqui, pela disciplina nas horas oportunas e dedicação desde sempre com o meu futuro, devo tudo isso a vocês, essa vitória é NOSSA!

À minha querida mãe Sandra Santos todo o meu amor, orgulho e admiração pelo ser humano que é e por ser meu grande exemplo. Ao meu pai todo o meu amor e imenso agradecimento por todos esses anos de investimento na minha educação.

Aos meus avós Irene Lima (in memorian) e José Martins que dedicaram parte das vidas para me cuidar e hoje chegar aonde estou. A minha querida avó, muito obrigada por

tudo e seu esforço na minha atual conquista, tenho certeza de que estás muito orgulhosa e feliz, sinto você aqui dentro de mim me auxiliando nos momentos mais difíceis, você foi/é meu grande orgulho e fonte de inspiração, onde quer que esteja sei que está torcendo pelo meu futuro e saiba que essa vitória é NOSSA, amo você para sempre.

A minha irmã Thaís Costa, grande causadora de alguns cabelos brancos e cicatrizes rsrs, por seu amor, ainda que disfarçado, pelo momentos de descontração em meio ao caos da UFMA, nosso enlace transcende acima de tudo, meu amor por ti é infinito, obrigada!

Ao meu namorado Luciano Costa, por toda compreensão e fazer a vida ter sentido nas horas que ela estava de cabeça para baixo. Obrigada por me ouvir e me incentivar a continuar e querer sempre mais.

As minhas queridas amigas Anny Karoline, Ilkelyne Freitas e Patrícia Dias por nossos bons momentos que me proporcionaram chegar ao final, obrigada pelo apoio, confiança, ombro amigo nas horas difíceis, e incentivo. Vocês foram imprescindíveis para que a minha caminhada fosse mais leve e alegre e me mostraram que é possível encontrar flores em meio aos espinhos da UFMA, vocês são as melhores.

Àqueles que se tornaram meus amigos e companheiros, Milka Borges, Mayara Borges, Thayná Cunha, Thanmyris Cutrim e Thiago Costa, obrigada pelo apoio, ajuda, incentivo e por tornar os rumos do estágio algo prazeroso.

À todos que direta ou indiretamente ajudaram a construir essa trajetória a minha mais profunda gratidão.

“Lutadoras, perseverantes, resilientes e frágeis, a ponto de desabar a qualquer momento, mas com uma força absurda. Uma força que talvez venha de um útero vazio antes do tempo.

Assim são as mães dos bebês que nascem antes...”

Autor Desconhecido

RESUMO

Introdução: O parto e o puerpério podem significar a concretização de todos os medos quando o recém-nascido é encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Com a internação as mães vivenciam a “perda do chão”, e nesse momento os sonhos, expectativas e a alegria pela chegada do filho dão lugar a insegurança, desespero e angústia. A hospitalização na UTIN configura-se como fator estressor e frustrante para as mães, pois o futuro é incerto. A adaptação ao novo contexto é individual e cada pessoa possui um nível de enfrentamento. A UTIN é um ambiente de cuidados intensos, que suscita sentimentos ambíguos - ao mesmo tempo que é um local de esperança, torna-se um ambiente de medo. **Objetivo:** Compreender a percepção das mães sobre a sua vivência na UTI Neonatal. **Métodos:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado com 9 mães no período de maio a agosto de 2018. Para obtenção dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados foram transcritos e analisados à luz da técnica do discurso do sujeito coletivo. **Resultados:** A população foi composta em sua maioria por mulheres acima de 30 anos (56%), com baixa escolaridade (78%), múltiparas (67%), com intercorrências durante a gestação (88%). Foi relatado um acolhimento respeitoso e em todas as visitas à UTIN, as informações eram claras e ofertadas a todo o momento, deixando as mulheres mais confiantes e tranquilas. Havia o envolvimento das mulheres no cuidado ao filho, os sentimentos de medo, insegurança e angústia eram compartilhados com a equipe e esta utilizava estratégias para dissuadir tais percepções, através do cuidado com a mulher. Tais aspectos traziam esperança de um futuro melhor e saudável para o filho. A relação com a equipe foi construída através da confiança, troca de informações e a constatação da capacidade científica dos membros e isso aumentava o estímulo à formação de vínculos na díade mãe-filho. **Conclusão:** Foi possível visualizar e compreender os sentimentos que estão envolvidos na internação de um recém-nascido pré-termo na UTIN. A angústia, o medo, insegurança são constantes e portanto, a equipe multiprofissional, em especial o enfermeiro que é o sujeito mais próximo da mãe, tem um papel fundamental em acolher a mãe, ajudar a construir um vínculo entre a díade mãe-filho e formar a autonomia de cuidado materno.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Recém-nascido prematuro; Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Childbirth and puerperium may mean the realization of all fears when the newborn is referred to the NICU. With the hospitalization, the mothers experience the "loss of the ground", and at this moment the dreams, expectations and joy for the arrival of the child give way to insecurity, despair and anguish. Hospitalization in the NICU is a stressor and frustrating factor for the mothers, because the future is uncertain. Adaptation to the new context is individual and each person has a level of coping ¹. The NICU is an environment of intense care, which raises ambiguous feelings-while it is a place of hope, it becomes an environment of fear. **Objective:** To understand the mother perceptions about their experience in the Neonatal ICU. **Methods:** Descriptive study of qualitative approach, conducted with nine puerperal women from May to August 2018, and to obtain the data, a semi-structured interview script was used. The data were transcribed and analyzed in light of the speech Collective subject discourse technique. **Results:** The population consisted mostly of women older than 30 years (56%), with little schooling (78%), multiparous (67%), with Intercurrences during pregnancy (88%), and with preterm infants classified according to gestational age with proportions Similar (33%). It was reported a respectful welcome and in all visits to the NICU, the information was clear and offered at all times, leaving the women more confident and quiet, there was the involvement of the puerperal woman in the care of the child, the feelings of fear, Insecurity and anguish were shared with the team, and this used strategies to dissuade such perceptions, through the care of women. Such aspects brought hope of a better and healthier future for the child. The interpersonal relationship with the team was built through trust, information exchange and the scientific capacity of the members, with this there was a grid stimulus to the formation of bonds in the mother-child dyad. **Conclusion:** It was possible to visualize and understand the feelings that are involved in the hospitalization of a preterm newborn in the NICU. Anxiety, fear, insecurity are constant, and therefore the multiprofessional team, especially the nurse who is the closest subject of the mother, plays a fundamental role in welcoming that woman, helping to build a bond between the mother-child dyad and autonomy of maternal care.

Keywords: Neonatal Intensive Care Unit; Premature Newborn; Nursing Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição das ideias centrais agrupadas a partir da percepção das mulheres na vivência da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, São Luís-MA, 2018	43
Quadro 2: Discursos do Sujeito Coletivo a partir da percepção das mulheres sobre a vivência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, São Luís-MA, 2018	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Ancoragem

ALCON – Alojamento Conjunto

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CCF – Cuidado Centrado na Família

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COMIC – Comissão Científica

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ECH – Expressões-chave

HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

HUUMI – Hospital Universitário Unidade Materno Infantil

IC – Ideia Central

IG – Idade gestacional

ITU – Infecção do Trato Urinário

MA – Maranhão

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TPP – Trabalho de Parto Prematuro

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 Geral	17
2.2 Específicos	17
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1 Contexto histórico do parto e nascimento de prematuros	18
3.2 Assistência no ciclo gravídico-puerperal	20
3.3 Prematuridade e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	22
3.4 As mães frente a internação do recém-nascido na UTI Neonatal	27
4 METODOLOGIA.....	30
4.1 Delineamento do estudo	30
4.2 Local de Pesquisa.....	30
4.3 População e amostra.....	31
4.4 Técnicas e Instrumentos.....	31
4.5 Coleta de Dados	31
4.6 Análise dos Dados	32
4.7 Considerações Éticas	33
5 RESULTADOS	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	64
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	65
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
ANEXOS	69

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CUIDARTE UNIVERSIDADE DE SANTANDER	70
ANEXO B – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA COMIC HUUFMA	79
ANEXO C – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO CEP/HUUFMA	81
ANEXO D – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO COLEGIADO DE CURSO DE ENFERMAGEM	91

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos a identidade social da mulher foi sendo definida, moldada e modificada de acordo com a época vivida. Durante muito tempo as suas funções sociais eram exclusivamente de genitora e cuidadora do lar. Nesse sentido, o processo de gestação representava para muitas famílias a concretização de um sonho e a perpetuação de seu legado. Através dessa perspectiva, gerar um filho saudável, era a afirmação de que a atribuição social da mulher havia sido alcançada (OLIVEIRA et al., 2013).

No contexto atual, é notável que ocorreram mudanças significativas no papel da mulher na sociedade e que estas determinam transformações fisiológicas e psicológicas, que influenciam diretamente na qualidade de vida da mulher moderna e na forma como transcorre a gestação (SILVA et al., 2013).

O processo de gestação é complexo e singular trazendo consigo novos desafios e adaptações biológicas, sociais, culturais e psicológicas que geram expectativas, medos, ansios e emoções ambíguas, exigindo durante essa fase cuidados específicos, para atenuar ou evitar implicações na saúde da mulher e do feto (SILVA et al., 2013).

Para Oliveira et al. (2013), a chegada de um filho representa o ponto de origem nas transformações ocorridas no seio familiar. As idealizações criadas pelo novo papel social, o de mãe e as responsabilidades agregadas a essa função, são suprimidas quando ocorre o diagnóstico de uma gravidez de risco ou ameaça de um parto prematuro. Tais situações são motivos que podem acentuar os sentimentos das gestantes/puérperas, trazendo sofrimentos, sentimentos de fracasso pelo nascimento de um filho não saudável, dificultando a vivência dessas mulheres, que mudam toda uma rotina de vida para ajudar no cuidado do filho pré-termo, internado numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) visando brevidade na sua recuperação (ALENCAR, et al., 2015).

Comumente observa-se altos níveis de ansiedade associada a uma possível-internação do recém-nascido e a culpa por não conseguir conduzir a gestação de forma saudável. Portanto, é de extrema importância que a mulher sinta-se segura e acolhida pela equipe multiprofissional, que haja um cuidado holístico e suas reais necessidades de saúde sejam atendidas (SILVA et al., 2013).

Segundo Jurie (2016), a Atenção Básica durante a gravidez e a assistência ao pré-natal, são de grande importância porque envolve a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que possam vir a acontecer durante o período gestacional e posterior, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido.

O acompanhamento pré-natal configura ação eficaz para detecção precoce e tratamento de intercorrências na saúde materna, contribuindo para a redução de riscos tanto para a gestante quanto para o concepto. Nesse aspecto, a atenção pré-natal possibilita identificar e intervir precocemente em condições clínicas, sociodemográficas e fatores de risco nas gestações (GOUDARD et al., 2016).

O parto e o puerpério podem significar a concretização de todos os medos quando o filho é encaminhado à UTIN. Com a internação do RN as mães vivenciam a “perda do chão”, e nesse momento os sonhos, expectativas e a alegria pela chegada do filho dão lugar a insegurança, desespero e angústia. A hospitalização na UTIN configura-se como fator estressor e frustrante para as mães, pois o futuro é incerto. A adaptação ao novo contexto é individual e cada pessoa possui um nível de enfrentamento (OLIVEIRA et al., 2013).

Na perspectiva do cuidado especializado, a UTIN surge como uma esperança de reduzir a mortalidade neonatal, pois a tecnologia e o cuidado humanizado proporcionam maior sobrevida com atenção de qualidade (SILVA, 2013). O objetivo dessa unidade é salvar a vida do recém-nascido com risco de morte, aliando tecnologia e conhecimento técnico-científico para otimizar o atendimento aos mesmos, favorecendo o desenvolvimento e recuperação clínica e, por conseguinte, ampliando as chances de reabilitação. Porém, no primeiro momento, por desconhecimento, para as mães pode significar um lugar sombrio, de grande sofrimento, de futuro incerto (SOARES, 2014).

A UTIN é um ambiente de cuidados intensivos, que suscita sentimentos ambíguos - ao mesmo tempo que é um local de esperança, torna-se um ambiente de medo. A esperança apoia-se no conhecimento de ser um local estruturado/especializado para assistir o recém-nascido pré-termo e proporcionar a sua recuperação através do cuidado. Já o medo surge pela consciência de que a situação de risco em que a criança se encontra é real - e traumatizante para a mulher que tem o filho neste local. A separação física causada pela internação desfaz toda a expectativa em torno do nascimento, trazendo desapontamentos, e levando ao distanciamento do díade mãe-filho. Portanto, além de atender as necessidades do recém-nascido, deve-se estender o cuidado à mãe (SOARES, 2014).

Segundo Maia (2014), ao longo dos anos a assistência ao recém-nascido passou por mudanças. A filosofia de atendimento nos dias atuais é o cuidado centrado na família (CCF), o suporte à mesma, a participação ativa dos pais nos cuidados diretos com o recém-nascido e nas decisões acerca do futuro do filho. A assistência deve ser focada na formação de elos, observando e obedecendo as particularidades de cada sujeito envolvido, respeitando as crenças e heranças culturais (NUNES, 2015).

Nesse sentido o cuidado direcionado à mãe deve seguir as diretrizes da troca e empatia baseadas no acolhimento, através de ferramentas e estratégias adequadas para o atendimento de suas necessidades, com o objetivo de minimizar o trauma ocasionado pela internação do filho. O suporte ofertado às mães deve ser feito a cada visita, assim como o fornecimento de novas informações acerca do real estado do recém-nascido, para que elas participem ativamente do processo de tratamento/reabilitação, pois assim a mãe assume uma postura mais assertiva em relação ao filho, maternando e formando o vínculo familiar e afetivo (SOARES, 2014).

Baseado nas proposições levantadas surgem as seguintes questões norteadoras: Quais sentimentos a mãe vivenciou frente aos acontecimentos com o seu filho internado? Como foi a acolhida da mãe na UTIN frente aos seus medos, inseguranças e angustias? E como pressuposto temos que durante o processo de hospitalização de um filho recém-nascido na UTI Neonatal, as mães demandam cuidados especiais e a equipe multiprofissional consegue oferecer suporte para o enfrentamento e desempenho do papel de mãe nesse momento, propiciando um significado positivo dessa vivência.

O interesse por essa temática surgiu mediante o estudo de um artigo sobre o possível distanciamento da díade mãe-filho ocasionado pela hospitalização do recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A relevância do tema justifica-se pela importância de mostrar como o enfermeiro e equipe multiprofissional podem desdobrar as possíveis implicações biopsicossociais para as mães nesse contexto, tornar a vivência menos traumática, e mostrar a valia do estímulo de estreitamento dos laços entre mãe e filho, respeitando as individualidades e alicerçando a sua assistência na humanização e acolhimento. Também espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir de forma positiva na aplicação do cuidado, utilizando a perspectiva de um dos seus receptores.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Compreender a percepção das mães sobre a sua vivência na UTI Neonatal.

2.2 Específicos

- ✓ Conhecer os sentimentos que permeiam a mãe durante a internação do recém-nascido na UTI Neonatal;
- ✓ Descrever a relação e assistência prestada às mães pela equipe multiprofissional durante a internação do recém-nascido na UTI Neonatal;
- ✓ Investigar o perfil socioeconômico e obstétrico das mães com recém-nascidos internados na UTI Neonatal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contexto histórico do parto e nascimento de prematuros

O processo de gestação até o parto é uma experiência singular, social e individual. Um momento de grandes transformações fisiológicas, psicológicas, socioculturais e econômicas. Através dos séculos são notáveis as mudanças ocorridas na assistência à mulher e recém-nascido. Comumente as mulheres pariam sozinhas, e passavam por problemas como distorcias, morte materna e neonatal. A partir das observação desses fatos, começa-se a auxiliar a parturiente, trabalho esse realizado por mulheres mais velhas e que possuíam experiência na sua multiparidade. Inicia-se então a profissão de parteira (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

A assistência pré-natal, parto e primeiros cuidados com o recém-nascido e prescrição de fitoterápicos, por muito tempo esteve sob domínio das parteiras e suas práticas eram legitimadas socialmente. Não haviam vínculos com a medicina, em casos com distorcias ou anomalias, a parteira buscava ajuda de outra com mais experiência e, em último caso um cirurgião (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016; BARBOSA, 2014).

A institucionalização da prática das parteiras ocorreu entre os séculos XVII e XVIII, quando o trabalho deixa de ser independente e passa a ser subordinado à medicina e os partos são realizados no ambiente hospitalar. Dittz, (2009, p. 18) afirma:

(...) Assim, a legitimidade da ciência e a ideologia do profissionalismo eram usadas como justificativa para o gradual declínio do número de nascimentos no domicílio assistidos por parteira e o aumento no número de nascimentos no hospital. A parteira torna-se uma protetora da criança como uma estratégia de incremento da natalidade que tem como objetivos: reduzir a alta mortalidade; reprimir o aborto provocado e o infanticídio e identificar os pais legítimos com vistas a reduzir os gastos públicos.

A partir desse novo contexto, houve um maior interesse pela criança, levando a mudanças culturais que passam a reconhecer a infância como uma fase importante e peculiar. A criança tornou-se motivo de preocupação e cuidados para a família. Foi concebido a criança a sua individualidade e agora ela é enxergada como um elemento importante da sociedade. Com a valorização da infância, houve um impacto significativo de diminuição nas taxas de mortalidade infantil. Na Europa iniciou uma tendência de especializações em saúde infantil, que posteriormente chegou até os Estados Unidos e levou ao surgimento dos primeiros hospitais infantis (DITZ, 2009).

No final do século XIX, o obstetra francês Etienne Tarnier, começou a observar o recém-nascido prematuro e os cuidados especializados que o mesmo necessita. A partir de suas observações cria a incubadora para que ocorra a manutenção da vida. Já no século XX, Budin escreve o primeiro livro de neonatologia, onde orienta os cuidados básicos com o recém-nascido prematuro (RNPT) e sobre a importância da presença da mãe durante os cuidados com o filho (BUDIN, 1907).

Budin (1907), afirmava que (...) “as mães quando separadas de seus filhos ainda recém-nascidos, perdem o interesse por eles, já que não podem cuidar ou ninar”. Baseado nisso recomendava a participação da mãe no cuidado com o RNPT, para evitar que as crianças fossem para orfanatos, algo muito comum à época. O objetivo de manter a mãe nos berçários de pré-termos era facilitar a criação de vínculos e estimular o aleitamento materno.

Martin Cooney, aluno de Budin, impulsionou a criação de centros de assistência ao RNPT, protótipo do que mais tarde seriam as avançadas UTIN's e as unidades de menor complexidade que dão continuidade ao cuidado após a alta da criança. Cooney realizava exposições dos recém-nascidos em incubadoras, que permaneciam ali para crescer. Cuidou de mais de cinco mil RNPT, plantando na consciência das pessoas que essas crianças podiam sobreviver e se desenvolver como pessoas normais. Porém para Cooney não era importante a presença da mãe com o filho, e com o fim de suas exposições percebeu que a criação do vínculo tinha grande relevância, pois muitas mães tornaram-se relutantes em receber seus filhos de volta (DITZ, 2009).

Na década de 20 ocorre a consolidação e organização dos avanços tecnológicos. Em 1921, um ato social buscou promover o bem estar materno e infantil, e em 1922, inaugura-se a primeira e única unidade para crianças prematuras do Sarah Morris Premature Center, o pediatra Julius Hess publica seu compêndio intitulado “Doenças de crianças prematuras e congênitas. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004, p. 288).

Com o aumento das taxas de morbimortalidade neonatal, os hospitais passaram a investir em programas de controle de infecção hospitalar rigorosos. Com isso, houve um afastamento da díade mãe-filho, que foram impedidas de prestar cuidados aos filhos. Incorporaram-se novas tecnologias na assistência aos prematuros, onde o objetivo era controlar doenças através de procedimentos complexos e invasivos que reduziam a mortalidade, mas aumentavam a morbidade. Os antigos berçários deram origem as UTIN's que tinha como missão garantir a sobrevivência dos receptores do cuidado (DITZ, 2009).

Nessas Unidades, o cuidado continuava centrado na sobrevivência infantil por meio do controle de temperatura, da nutrição e da manutenção de um ambiente estéril para

prevenir infecção. A manipulação foi considerada estressante sendo que o único contato humano primário para essas crianças era pelos procedimentos médicos frequentemente, invasivos. O papel dos pais e da família continuava não considerado na dinâmica da UTIN (DITZ, p. 22, 2009).

Há pouco mais de cinquenta anos, com a evolução do ensino da Medicina e Enfermagem, foi possível determinar e controlar as doenças e intercorrências que causavam a mortalidade neonatal e a partir disso, começa-se a avaliar a necessidade e benefício do estímulo precoce da formação de vínculos entre os pais e o filho, especialmente a mãe. Impulsionado por estudos e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Brasil, novas determinações no contexto da UTIN foram incorporadas nas instituições como: a presença dos pais junto ao filho internado, o incentivo à participação da mãe no cuidado ao filho e na tomada de decisão sobre o tratamento, a implementação de grupos de apoio aos familiares e a liberação de visitas de outros membros da família, garantindo assim o menor dano possível ao desenvolvimento do RNPT e a saúde biopsicossocial da mãe (MAIA, 2014).

3.2 Assistência no ciclo gravídico-puerperal

A gestação, parto e puerpério são parte de um processo biológico natural, que produzem uma experiência extremamente significativa e enriquecedora para as protagonistas desse evento (SILVA et al., 2013).

No século XX, a Saúde Materno-infantil passou a fazer parte das políticas nacionais de saúde, discutindo-se os papéis biológicos e sociais, de mãe e cuidadora do lar. Nos anos que se sucederam, foi possível perceber a alteração nos papéis que a mulher exercia na sociedade, a partir de sua inserção no mercado de trabalho, e que posteriormente leva à evolução das políticas (CRUZ et al., 2014).

No ano de 1984, o Ministério da Saúde (MS) elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que englobava princípios do futuro Sistema Único de Saúde (SUS) como equidade, descentralização, hierarquização, regionalização. Com isso, há a incorporação de ações que englobam todo o ciclo vital das mulheres, com destaque para o ciclo gravídico-puerperal (CRUZ et al., 2014). Em 2004, houve uma consolidação dos avanços obtidos com a PAISM, a partir da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Um importante elemento da PNAISM é a assistência pré-natal, que envolve um conjunto de ações e serviços de promoção e prevenção, possibilitando que a gestação, parto e nascimento evoluam de forma saudável. O objetivo da assistência é diminuir impactos e desfechos negativos na vida da mulher e criança, por meio da realização de atividades educativas e preventivas, respeitando as individualidades e os aspectos biopsicossociais da mulher (SILVA et al., 2013; BORTOLI et al., 2017).

Para evitar quaisquer intercorrências em alguma fase do ciclo gravídico-puerperal, no pré-natal, são realizados exames de rotina – laboratorial e de imagem -, consultas com a equipe multiprofissional, prescrição de medicamentos específicos para a gestante. Portanto, é imprescindível que a captação das gestantes pela atenção básica, ocorra de forma precoce, assim há uma identificação de riscos potenciais, evitando um desfecho negativo na vida dessa mulher (SILVA et al., 2013).

Silva et al., (2013) afirmam que, as mudanças biopsicossociais que ocorrem na gestação podem afetar a adaptação da mulher à nova condição. Trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar em riscos tanto para a mãe quanto para o feto e um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são gestantes de alto risco. Segundo Resende e Souza (2012) "gestação de alto risco" é abrangente e diz respeito a todas as situações que podem intervir na evolução normal de uma gestação, focalizando tanto aspectos relativos à saúde materna quanto à fetal.

Alguns fatores podem desencadear uma gestação com riscos para o díade mãe-filho, são divididos em três categorias (BRASIL, 2012):

- Características individuais e condições econômicas desfavoráveis: idade materna (extremos de idade: menor de 15 anos e maior de 35 anos), altura menor que 1,45m, peso gestacional menor que 45 kg e maior que 75 kg, anomalias no sistema reprodutivo, situações de conflitos familiares, hábitos de vida, exposição a riscos ocupacionais e baixa escolaridade;
- História reprodutiva anterior: abortamento habitual, morte perinatal, histórico de recém-nascido com crescimento restrito, malformações, parto anterior pré-termo, esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal < 2 anos e > 5 anos, nuliparidade ou multiparidade, síndromes hipertensivas e hemorrágicas, diabetes gestacional, cirurgias uterinas anteriores;

- Condições clínicas preexistentes: hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias e neoplasias.

Outros fatores de risco podem surgir de condições e complicações no decorrer da gestação tais como (BRASIL, 2012):

- Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.
- Doença obstétrica na gravidez atual: desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, insuficiência istmo-cervical, aloimunização e óbito fetal.
- Intercorrências clínicas: doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.), doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a gestação de risco no Brasil ocorre em 20% do número total de gestantes, e a maioria destes evoluem para um parto prematuro. No Maranhão entre os anos de 2013 a 2016, do número total de partos (460.158), 35,9 % ocorreram entre 22 e 36 semanas. A cidade de São Luís no ano de 2016, representou cerca de 2% do número total de partos prematuros no estado (DATASUS, 2016). Por outro lado, há a gravidez de risco habitual que transcorre sem quaisquer intercorrências e um número mínimo evolui para o nascimento de um filho pré-termo e/ou de risco (OLIVEIRA et al., 2013).

O fato de ser gestante de risco pode alterar as condições de parto, nascimento e adaptação do recém-nascido. E o desfecho desse tipo de gravidez algumas vezes é o parto prematuro. O recém-nascido pré-termo está envolto em riscos, já que o desenvolvimento intrauterino foi interrompido e os seus órgãos podem não apresentar a sua funcionalidade completa, necessitando assim de um cuidado mais especializado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

3.3 Prematuridade e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A prematuridade é imprevisível, tem etiologia diversa, sem distinção de cor, raça ou etnia. Traz consigo um custo social, emocional e financeiro elevado. Afeta a estrutura familiar, e altera os anseios e expectativas da nova família. O resultado esperado de uma gestação é um recém-nascido sadio e que irá deixar a maternidade junto com a mãe para receber cuidados no seu lar. As alterações no curso planejado podem acarretar em risco à integridade da saúde da mãe e do concepto (SILVA et al., 2013).

O parto prematuro é conceituado como ocorrido antes de 37 semanas contadas a partir do primeiro dia da última menstruação. Para o diagnóstico do trabalho de parto prematuro é necessário que tenha a presença de duas ou três contrações uterinas em 10 minutos, com ritmo e frequência regulares, acompanhadas pela dilatação do colo uterino > 2cm e apagamento do colo > 50%. O trabalho de parto prematuro (TPP) constitui uma situação de risco materno-fetal (SES-SP, 2010; BRASIL, 2016)

O Brasil está na 10^a posição entre os países responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros no mundo. Em 2012 nasceram novecentos e trinta e um prematuros por dia ou 40 por hora, o que indica uma taxa de prematuridade de 12,4%, o dobro do índice de alguns países europeus. O índice maior foi na região Nordeste (14,7%) e o menor foi no Sudeste (11,1%). Quase 80% dos nascimentos prematuros ocorrem entre a 32^a e 36^a semana de gestação e 7,4% antes das 28 semanas. A morbimortalidade neonatal é diretamente proporcional a idade gestacional, ou seja, quanto mais prematuro for o parto, maiores são os riscos de morte e de prognóstico desfavorável (POHLMANN et al., 2016).

O nascimento prematuro é classificado de acordo com a idade gestacional (IG) em: pré-termo extremo: < 28 semanas; pré-termo moderado: entre 28 semanas e < 34 semanas; pré-termo tardio: entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias. Pode ainda ser dividido em categorias por peso de nascimento: recém-nascidos de baixo peso corresponde aos menores que 2500 g; recém-nascidos de muito baixo peso corresponde aos menores de 1500g, os de extremo baixo peso são os menores de 1000g (BRASIL, 2016).

A etiologia do TPP, é desconhecida, e pode ser classificada em: espontânea e por razões materno-fetais, que são subclassificadas em fatores epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos e iatrogênicos. Os fatores epidemiológicos dizem respeito ao baixo nível socioeconômico, extremos de idade, desnutrição ou dieta desequilibrada, tabagismo, consumo de álcool e drogas ilícitas, estresse psicossocial; o fatores obstétricos pode ser partos prematuros anteriores, rotura prematura de membranas amnióticas, infecção amniótica, alteração hormonal, incompetência istmo-cervical, sangramentos de segundo e

terceiro trimestre, malformações fetais e placentárias, gemelaridade e polidrâmnio; quanto aos fatores ginecológicos, alterações anatômicas e amputações do colo uterino, malformações uterinas, miomas. Os fatores clinico-cirúrgicos englobam as doenças maternas, infecções geniturinárias e procedimentos cirúrgicos na gravidez; as causas iatrogênicas estão relacionadas a intervenções médicas desnecessárias que alteram a dinâmica do curso da gestação (BAQUIÃO 2011).

O limite de viabilidade do neonato é definido pela IG a partir da qual sobrevivem mais de 50% dos RN e que pelo menos 50% dos sobreviventes evoluem sem sequelas graves. A sobrevivência de recém-nascidos pré-termos e sem sequelas graves gira em torno de 80% e 72% respectivamente. A IG e o peso de nascimento limítrofe para a sobrevivência sem sequelas graves segundo estudos internacionais são 25 semanas e peso entre 500 e 600 g (RESENDE et al., 2016).

O recém-nascido pré-termo está cercado de riscos, já que o desenvolvimento intrauterino foi interrompido e os seus órgãos podem não apresentar a sua funcionalidade completa, necessitando assim de um cuidado mais especializado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O parto e o puerpério podem significar a concretização de todos os medos das mães em relação à saúde do filho e serem exacerbados quando o mesmo é encaminhado à UTIN. O processo de internação configura-se como fator estressor e frustrante para elas. A adaptação ao novo contexto é individual e cada pessoa possui um nível de enfrentamento (OLIVEIRA et al., 2013).

Duarte e Ellensohn (2007, p.521) na visão da enfermagem definem a UTIN como:

“A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) caracteriza-se como uma área de assistência a recém-nascidos criticamente enfermos, altamente vulneráveis, que necessitam de cuidados de enfermagem especiais e contínuos, o que exige do profissional enfermeiro grande conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações particularmente criteriosas desses pacientes”.

Na portaria 930/2012 do Ministério da Saúde, (2012), a UTIN é:

“Um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.”

Com as altas taxa de morbimortalidade neonatal a UTIN surge com o intuito de prestar assistência 24 horas por dia a recém nascidos pré-termo (RNPT) que possuem alguma patologia que ameaça a vida ou que tiveram problema durante o parto e nascimento. A criação

da UTIN significou uma nova expectativa de vida a recém-nascidos que não possuíam chances de sobrevivência, a partir da utilização de equipamentos sofisticados aliados a técnicas e cuidados especializados. É importante que haja uma estrutura de suporte tanto ao recém-nascido como à família, pois eles são os focos principais do cuidado assistencial no setor (ANDRIOTTI; AFONSO; SILVA, 2016).

O público alvo das UTINs são neonatos pré-termo que nasceram antes de 37 semanas de gestação ou que nasceram com peso inferior a 2500 g. É necessário enfatizar que nem sempre as crianças que estão internados nesse setor possuem alguma patologia. Estão muitas vezes ali para crescer, ganhar peso, aprender a respirar, deglutir, sugar. Os critérios de alta da UTIN são: estabilidade clínica, nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica), peso mínimo de 1.250g (BRASIL, 2017).

O ambiente das UTIN's é bastante distinto do intrauterino, com excesso de luminosidade, ruídos e procedimentos invasivos. Além disso, quanto mais prematuro é o RN, maior a quantidade de manipulações a que é submetido. Tudo isto pode acarretar em sequelas, tanto físicas como do sistema neuromotor, com grande risco de desenvolver distúrbios comportamentais relacionados ao estresse. Assim, o ambiente da UTIN pode contribuir significativamente para essas alterações, que podem persistir por toda a vida e se tornar incapacitantes. (CRUZ et al., 2011, p. 142).

Embora todas as possíveis intercorrências que uma internação na UTIN possa acarretar, esse é o ambiente mais propício para o crescimento e desenvolvimento de um RNPT. Tornar a vivência nesse ambiente a mais saudável possível requer a manutenção de uma temperatura controlada e agradável, controle de ruídos, aconchego, tentando assemelhar ao máximo a vida intrauterina (ANDRIOTTI; AFONSO; SILVA, 2016; BRASIL, 2017).

Por toda fragilidade que envolve a prematuridade, as crianças internadas em uma UTIN possuem um risco maior de desenvolver infecções nosocomiais, por isso é necessário um rigoroso controle de infecção seguindo protocolos e diretrizes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para prevenir doenças que possam agravar o quadro de saúde e prolongar o tempo de internação, e o afastamento da díade mãe-filho. A padronização das rotinas é fundamental, incluindo protocolos relacionados à prevenção de transmissão cruzada de microrganismos no ambiente hospitalar (higienização das mãos e normas de precaução), boas práticas em procedimentos invasivos e uso racional de antibióticos, para a prevenção das IRAS no período neonatal. Além da padronização de rotinas da assistência direta, é relevante a atenção voltada a padronização da rotina de limpeza e desinfecção do ambiente, materiais e equipamentos utilizados no cuidado com o RN. Também é importante a organização dos

processos de trabalho em serviços de saúde que garanta a segurança no uso de medicamentos, nutrição parenteral e enteral do RN, oferta de insumos e equipamentos apropriados para o atendimento neonatal, suporte de laboratório para diagnóstico em tempo oportuno e equipe treinada e em quantidade suficiente para realizar essas atividades (OPAS, 2016).

Pinheiro et al., (2009, p. 7) mostra a epidemiologia de infecções hospitalares nas UTINs:

As taxas gerais de infecção hospitalar em unidades neonatais de países desenvolvidos variam de 8,4 a 26%(7-11). No Brasil, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de nível terciário possuem taxas de infecção entre 18,9 a 57,7%, havendo referência de causas possíveis das elevadas taxas de infecção: condições de trabalho, estrutura física da UTIN e número de profissionais de enfermagem por leito. O agente etiológico mais frequentemente encontrado na infecção neonatal é o *Staphylococcus coagulase negativo*, seguido por Gram-negativos tais como a *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.* e, em terceiro lugar, os fungos, com maior frequência de *Candida spp.* tanto em unidades neonatais de países desenvolvidos quanto no Brasil.

As principais causas de internação na UTIN: baixo peso ao nascer (< 2500g); prematuridade (extrema, moderada e tardia); patologias que impliquem em risco a sobrevivência – cardiológicas, respiratórias, neurológicas -, RN que passaram por procedimento cirúrgico (CRUZ et al., 2011).

No Brasil, a incidência da prematuridade varia entre 5,6% e 8,2%. No mundo anualmente nascem cerca de 20 milhões de crianças pré-termo e com baixo peso ao nascer, e um terço delas não completam o primeiro ano de vida. Em 2016, a taxa de mortalidade neonatal brasileira para cada 1000 nascidos vivos foi de 8,79%, no Maranhão a taxa de mortalidade neonatal no mesmo período foi de 10,29% a cada 1000 nascidos vivos. O município de São Luís representa do total estadual, 11,11% do número total de óbitos neonatais a cada 1000 nascidos vivos (DATASUS, 2016).

Muitas causas que levam à internação de um RN na UTIN, podem ser evitadas quando há um acompanhamento adequado do pré-natal, com identificação precoce dos problemas e riscos, para a realização de intervenções. É importante que os profissionais de saúde entendam a necessidade de um pré-natal de qualidade e as implicações que ocorrem quando há uma assistência falha e fragmentada (BRASIL, 2012).

3.4 As mães frente a internação do recém-nascido na UTI Neonatal

A formação do vínculo entre mãe e recém-nascido é necessária pois durante os primeiros anos de vida a criança precisa de uma relação afetiva para se desenvolver de forma saudável. Alterações nos padrões afetivos podem trazer prejuízos cognitivos, emocionais e sociais (CAVALCANTE et al., 2017). A gravidez traz para os pais a idealização do bebê imaginário, segundo Fleck e Piccinini (2013, p.15):

Resultado das referências verbais da mãe, durante a gestação, sobre o desejo de ter um filho e o desejo da maternidade. Essas representações podem ser intensificadas com o decorrer da gestação, através dos movimentos do feto, da imaginação do sexo e do aspecto do bebê e da própria função materna.

A criação da imagem do bebê perfeito, esvai-se quando a gravidez foge do rumo planejado e acontece alguma intercorrência, como um nascimento prematuro, e o bebê real torna a idealização anterior frustrante (FLECK; PICCININI, 2013).

Após o nascimento e o contato da mãe com o filho recém-nascido, é importante que ela consiga elaborar a perda do bebê imaginário e investir precocemente na relação com o bebê real. Geralmente, esse investimento ocorre de forma natural, ou seja, há um gradual vínculo com o bebê real e um desinvestimento no bebê imaginário e perfeito. Porém, para que isso aconteça, é necessário que a mãe projete alguns aspectos do bebê imaginário no bebê real, modificando pouco a pouco as representações sobre o bebê imaginário de acordo com as características do recém-nascido. Esta reestruturação psíquica se faz fundamental para a interação mãe-bebê (FLECK; PICCININI, 2013, p. 16).

Ver o filho na UTIN traz à tona sentimentos de medo, ansiedade, culpa e dúvidas. Este local suscita sentimentos ambíguos, pois ao mesmo tempo que se constitui em um local de esperança, torna-se um ambiente que gera medo. A esperança apoia-se no conhecimento de ser um local estruturado/especializado para assistir o recém-nascido e prover a alta hospitalar o mais rápido possível. Já o medo surge pela consciência de que a situação de risco em que a criança se encontra é real (SOARES, 2014).

A equipe multiprofissional deve prestar assistência baseada no Cuidado Centrado na Família (CCF) que se refere a:

Uma abordagem que reconhece a importância da família como cliente do cuidado, assegurando sua participação no planejamento das ações. Isso revela uma nova

forma de cuidar, que oferece oportunidade para que ela própria defina os problemas e decorrentes soluções (CORRÊA et al., 2015, p. 630).

Inserir a mãe no cuidado do recém-nascido vai além de garantir a formação de vínculos, é o empoderamento da mãe na função de maternar. Já que ela sente que outras pessoas estão se apropriando dos cuidados do seu filho e tem a dificuldade de se reconhecer como mãe e reconhecer o filho. A falta de oportunidade de interação mãe-filho, pode gerar prejuízos afetivos e levar a desajustes nesse relacionamento futuramente. Arivabene e Tyrell (2010) através de seu estudo afirmam que o apego é um sentimento que inicia-se desde a vida intrauterina, que deve ser continuado nos momentos iniciais de vida extra uterina.

A equipe multiprofissional deve auxiliar a mãe, a partir de ações humanizadas, acolhendo a mulher, e deixando-a segura para criar vínculo afetivo com o filho, mesmo que ele esteja internado em uma UTIN e separada fisicamente do RN. É imprescindível a valorização da mãe, escuta sensível e promoção de conforto físico e emocional. A enfermagem tem como foco a assistência do recém-nascido através das práticas do cuidado que também devem ser direcionadas à mãe. Possuindo características de troca e empatia, o suporte ofertado às progenitoras deve ser feito a cada visita e fornecimento de novas informações acerca do real estado que o recém-nascido se encontra, para que elas participem ativamente do tratamento e aprendam quais os cuidados a criança necessitará pós alta (SOARES, 2014).

O cuidado materno deve ser promovido e fomentado pela equipe multiprofissional de forma a levar a mãe a participar das decisões sobre condutas terapêuticas que o filho será submetido. Mesmo que o empoderamento materno cause desconfortos na equipe, esse envolvimento redefine o papel da mãe frente ao seu filho. Há uma nova visão da mulher sobre a fragilidade que foi exposta anteriormente e mostra a sua posição mais assertiva em relação ao seu filho, pois ela passa a assumir seu lugar, maternando e possibilitando a formação do vínculo familiar e afetivo (NUNES, 2015).

Essa nova perspectiva da formação dos vínculos vem sendo difundida nas últimas duas décadas de forma incessante. A criação da Política do Método Canguru é um exemplo disso, pois além do possuir a função de tratamento/reabilitação, ele estreita os laços entre a mãe e o filho. Trata-se de um modelo de assistência que tem início na gravidez de risco e segue até o recém-nascido atingir 2.500 g. Abrange pré-natal, internação materna, parto e nascimento, internação do recém-nascido e retorno para casa. Envolve cuidado humanizado, contato pele a pele entre o recém-nascido e seus pais, controle ambiental, redução da dor,

cuidado com a família e suporte da equipe de saúde. O contato pele a pele, na Política do Método Canguru, começa com o toque dos pais em seus filhos desde os primeiros momentos da internação, evoluindo até a posição canguru (BRASIL, 2016).

Foi idealizado em Bogotá, na Colômbia, como solução imediata para a superlotação das unidades neonatais nas quais muitas vezes se encontravam dois ou mais recém-nascidos em uma mesma incubadora (LAMY et al., 2005).

A partir dessa experiência, surgiram estudos que mostravam que a presença contínua da mãe junto do filho, além de garantir calor e leite materno, trazia inúmeras vantagens como a promoção do vínculo materno, indispensável para a qualidade de vida e sobrevivência do recém-nascido após a alta da Unidade Neonatal (LAMY, et al., 2005).

A Política do Método Canguru vem despertando grande interesse dos profissionais da neonatologia, sendo cada vez mais utilizado. São diversas as formas de aplicação e continua sendo recomendado como alternativa para países muito pobres que não dispõem de uma boa organização neonatal (LAMY et al., 2005). Mas vem sendo muito utilizado, também, por países desenvolvidos, que contam com todos os recursos necessários para a assistência neonatal pois a sua eficácia está comprovada. Desta forma o Método Canguru abrange questões como os cuidados técnicos com o RNPT (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor); o acolhimento à família; a promoção do vínculo mãe/ filho e do aleitamento materno; e o acompanhamento ambulatorial após a alta.

Foi sob essa perspectiva de minimizar os efeitos negativos da internação neonatal sobre os RNPT e suas famílias que a Área da Criança do Ministério da Saúde adotou o Método Canguru como uma Política Nacional de Saúde, inserido no contexto da humanização da assistência neonatal. A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru foi lançada em dezembro de 1999. É necessário destacar que a humanização no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é uma questão de importância crescente na qualidade da atenção ao recém-nascido (LAMY, et al., 2005, p. 660).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa e, portanto, se propõe a obter informações de natureza subjetiva que não podem ser quantificados. Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa responde questões muito particulares, entendendo o porquê das coisas, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes, ou seja, busca aprofundar a compreensão sobre um grupo social ou organização. Portanto, propõe-se a observar os aspectos subjetivos da realidade vivida.

4.2 Local de Estudo

Estudo realizado nas dependências do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Unidade Materno Infantil localizado na Rua Silva Jardim, nº 215, Centro, São Luís- MA. A escolha desse hospital foi por ser um local de referência para gestação de alto risco e nascimento prematuro e, portanto possui uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, além da possibilidade de uma captação maior de mães aptas para o estudo. O HUUFMA é um órgão integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e a Unidade Materno Infantil que atende mulheres de alto e baixo risco em trabalho de parto.

4.3 População e amostra

A população deste estudo foi composta por mulheres que tinham recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil– que é um Centro Nacional Condutor do Método Canguru, e segue essa política . A coleta de dados foi realizada considerando os critérios de inclusão, exclusão e o critério de saturação.

Segundo Minayo (2012), na pesquisa qualitativa a amostra é aleatória, mas a ideal é aquela que abrange o conjunto das várias dimensões, considerando às convergências e divergências sobre o que está sendo abordado. A escolha da amostra foi de forma aleatória, baseado nas internações na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Os critérios de inclusão foram mulheres, com idade superior a 18 anos, cujos recém-nascidos estavam sob cuidados especializados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e que apresentavam condições físicas e emocionais para a entrevista. Os critérios de exclusão eram puérperas portadoras de transtorno mental ou portadoras de problemas de comunicação.

A amostra definida inicialmente foi de 12 mulheres, porém através do critério de saturação, segundo o qual as entrevistas serão suspensas quando os discursos, concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos apresentarem regularidades de informações. Devido ao fato de não existirem novos elementos para a análise, encerrou-se o estudo com 9 entrevistadas. De acordo com Silverman (2009) esta condição é critério de suficiência de amostra na pesquisa qualitativa.

4.4 Técnicas e Instrumentos

Foi realizada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) onde o roteiro contemplava dados socioeconômicos, gineco-obstétricos, causa da prematuridade e/ou internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Continha ainda duas questões norteadoras: como é sua vivência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? Como é a sua acolhida no setor? As entrevistas foram gravadas com aquiescência das participantes e posteriormente transcritas na íntegra e submetidas à análise.

4.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2018 após aprovação do projeto em Comitê de Ética em Pesquisa. No primeiro momento foi feito o convite para a mãe participar do estudo, explicando os objetivos, riscos e benefícios. Se aceitassem participar do estudo, seriam entregues duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) com a finalidade de documentar o aceite da participação.

O segundo momento foi um agendamento do dia e horário para realização da entrevista. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas literalmente. A coleta de dados foi realizada pelas próprias pesquisadoras. As entrevistas individuais aconteceram no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil. Não houve teste piloto.

4.6 Análise dos Dados

As falas foram organizadas, transcritas e analisadas. A técnica de análise de dados utilizada foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Segundo Lefevre Lefevre (1990), a análise através do Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, e tem como fundamento a teoria da Representação Social. As representações sociais estão associadas as opiniões dos indivíduos no cotidiano. É um conhecimento elaborado socialmente, partilhado de uma realidade comum à sociedade (ALMEIDA, 2014).

O DSC é um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados que agrega depoimentos sem reduzi-los a quantidade. Esta técnica de pesquisa permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos (ALMEIDA, 2014).

A técnica do DSC é a análise do material verbal coletado, e que a fonte principal de informações é o depoimento. Os discursos são compostos pelas Ideias Centrais ou Ancoragens e as suas respectivas Expressões Chave. Com a junção destas, compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os DSC (FIGUEIREDO, 2013).

Segundo Figueiredo (2013), a Idéia Central (IC) é um nome que descreve precisamente o sentido em cada uma das respostas analisadas e cada conjunto de Expressão Chave (ECh) e que posteriormente dará origem ao DSC. As ECH são fragmentos do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso.

Nem sempre uma Expressão Chave irá remeter apenas a Idéia Central, mas também a Ancoragem (AC), conhecida como uma teoria ou ideologia enraizada no discurso do indivíduo como se fosse uma afirmação sem valor (FIGUEIREDO, 2013).

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular resultante da reunião de expressões-chave que têm ideias centrais ou ancoragens semelhantes ou complementares. A esse respeito Lefevre Lefevre e Marques, 2009 declaram:

Estes conteúdos de mesmo sentido, reunidos num único discurso, por estarem redigidos na primeira pessoa do singular, buscam produzir no leitor um efeito de “coletividade falando”; além disso, dão lugar a um acréscimo de densidade semântica nas representações sociais, fazendo com que uma ideia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo “encorpado”, desenvolvido, enriquecido, desdobrado. (p.1194).

Reconhecidas tais figuras metodológicas, os dados foram interpretados e reunidos em um discurso único, que representou a percepção da mãe sobre a internação do RN na UTI Neonatal. A partir da leitura e análise dos dados, emergiram as unidades temáticas consideradas relevantes para este estudo.

Construção dos discursos se deu através da identificação das EC e suas IC. A partir da identificação desses elementos foi formado para cada pergunta um Discurso do Sujeito Coletivo, identificados por ordem crescente em algarismos romanos (DSC I, DSC II, DSC III, etc.). Segundo Lefreve (2005):

O Discurso coletivo é uma síntese do coletivo escrito em primeira pessoa do singular composto pelas expressões-chave e ideias centrais que tem como intuito tornar real a opinião ou ideia de várias pessoas sobre um determinado tema convergido em um mesmo pensamento, levando em consideração a coerência na união dos discursos, o posicionamento original e específico daquele tema e observado o critério de distinção quando uma pergunta (p.56)

4.7 Considerações Éticas

Considerando as questões éticas que envolvem os seres humanos, será assegurado que os direitos dos participantes sejam protegidos, tendo como base a resolução nº 466/12 e a resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pela Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (COMIC-HUUFMA) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com o seguintes pareceres da COMIC: 16/2018 (ANEXO B) e do CEP: 2.652.121 (ANEXO C), e aprovação pelo Colegiado do curso de Enfermagem. Todas as participantes foram informadas a respeito do sigilo, risco, benefício e anonimato, além da liberdade de retirar-se do estudo a qualquer tempo sem prejuízo. Depois de esclarecidos, os participantes assinaram, em duas vias e rubricaram todas as páginas, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE B) construído especificamente para o estudo.

5 RESULTADOS

PERCEPÇÃO DAS MÃES ACERCA DA VIVÊNCIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Artigo a ser submetido à Revista Cuidarte do Programa de Enfermagem da
Universidade de Santander

Percepção das mães acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal.

Perception of mothers about the experience in the neonatal intensive care unit.

Percepción de las madres acerca de su vivência en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Thalita dos Santos Costa¹

Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim²

Autora Correspondente:

Thalita dos Santos Costa

Rua Quatrocentos, quadra 5 casa 11, bairro Jardim das Margaridas. São Luís – MA.

Telefone: (98) 987166192 / E-mail: thalitasc@live.com

1. Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, -UFMA – São Luís (MA), Brasil. E-mail: thaitasc@live.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7295-5637>

2. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA – São Luís (MA), Brasil. E-mail: leticiaprolim@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0879-2933>

Resumo: A hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal configura-se como fator estressor e frustrante para as mães, pois o futuro é incerto. A adaptação ao novo contexto é individual e cada pessoa possui um nível de enfrentamento. Buscou-se compreender a percepção das mães sobre sua vivência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Estudo descritivo de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove mães, entre maio e agosto de 2018, em um hospital universitário do Nordeste brasileiro. Os dados foram analisados à luz da técnica do discurso do sujeito coletivo. A construção de relações interpessoais entre a mãe e a equipe facilita a troca de informações, o acolhimento humanizado, o cuidado direcionado à fragilidade da mulher e a criação de vínculos para a díade mãe-filho, cuidar do filho hospitalizado a torna mais confiante e capaz de superar as adversidades da situação. **Palavras-Chave:** Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Recém-Nascido Prematuro; Cuidados de Enfermagem.

Resumen: La hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal es un factor estresante y frustrante para las madres porque el futuro es incierto. La adaptación al nuevo contexto es individual y cada persona tiene un nivel de afrontamiento. Buscamos entender las percepciones de las madres acerca de su experiencia en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Estudio descriptivo del enfoque cualitativo. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con nueve madres, entre mayo y agosto 2018, en un hospital universitario del Nordeste brasileño. Los datos se analizaron a la luz de la técnica discursiva del sujeto colectivo. La construcción de relaciones interpersonales entre la madre y el equipo facilita el intercambio de información, la acogida humanizada, el cuidado dirigido a la fragilidad de la mujer y la creación de lazos para la madre-hijo, cuidando al niño hospitalizado lo hace más confiante y capaz. **Palabras clave:** Unidad de Terapia Intensiva Neonatal; Recién Nacido prematuro; Cuidado de enfermería.

Abstract: Hospitalization in the Neonatal intensive care unit is a stressful and frustrating factor for mothers because the future is uncertain. Adaptation to the new context is individual and each person has a level of coping. We sought to understand the mothers' perceptions about their experience in the Neonatal intensive care unit. Descriptive study of qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with nine mothers, between May and August 2018, in a university hospital in Brazilian Northeast. The data were analyzed in the light of the discourse technique of the collective subject. The construction of interpersonal relationships between the mother and the team facilitates the exchange of information, the humanized welcoming, the care directed to the fragility of the woman and the

creation of bonds for the mother-child dyad, caring for the hospitalized child makes it more Confident and able to overcome the adversities of the situation. **Keywords:** Neonatal Intensive Care Unit; Premature newborn; Nursing Care.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos a identidade social da mulher foi sendo definida, moldada e modificada de acordo com a época vivida. Durante muito tempo as suas funções sociais eram exclusivamente de genitora e cuidadora do lar. Nesse sentido, o processo de gestação representava para muitas famílias a concretização de um sonho e a perpetuação de seu legado. Através dessa perspectiva, gerar um filho saudável, era a afirmação de que a atribuição social da mulher havia sido alcançada¹. No contexto atual é notável que ocorreram mudanças significativas no papel da mulher na sociedade e que estas determinam transformações fisiológicas e psicológicas, que influenciam diretamente na qualidade de vida da mulher moderna e na forma como transcorre a gestação².

O processo de gestação é complexo e singular trazendo consigo novos desafios e adaptações biológicas, sociais, culturais e psicológicas que geram expectativas, medos, ansios e emoções ambíguas, exigindo durante essa fase cuidados específicos, para atenuar ou evitar implicações na saúde da mulher e do feto².

Para Oliveira¹, a chegada de um filho representa o ponto de origem nas transformações ocorridas no seio familiar. As idealizações criadas pelo novo papel social, o de mãe e as responsabilidades agregadas a essa função, são suprimidas quando ocorre o diagnóstico de uma gravidez de risco ou ameaça de um parto prematuro. Segundo Jurie⁴, a assistência ao pré-natal é de grande importância porque envolve a prevenção, a promoção da saúde o tratamento dos problemas que possam vir a acontecer tanto durante o período gestacional, quanto no período posterior, com repercussões para a mãe e para o recém-nascido.

Comumente observa-se altos níveis de ansiedade associada a uma possível internação do recém-nascido pré-termo (RNPT) em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em decorrência do medo da morte e a culpa por não conseguir direcionar a gestação de forma saudável. Portanto, é de extrema importância que a mulher se sinta segura e acolhida pela equipe multiprofissional, que haja um cuidado holístico e suas reais necessidades de saúde sejam atendidas².

O parto e o puerpério podem significar a concretização de todos os medos quando o RNPT é encaminhado à UTIN. Com a internação as mães vivenciam desapontamentos e tristezas, e nesse momento os sonhos, expectativas e a alegria pela chegada do filho dão lugar a insegurança, desespero e angústia. A hospitalização na UTIN configura-se como fator

estressor e frustrante para as mães, pois o futuro é incerto. A adaptação ao novo contexto é individual e cada pessoa possui um nível de enfrentamento¹. A UTIN é um ambiente de cuidados intensos, que suscita sentimentos ambíguos - ao mesmo tempo que é um local de esperança, torna-se um ambiente de medo. A esperança apoia-se no conhecimento de ser um local estruturado/especializado para assistir a criança e prover a alta hospitalar o mais rápido possível. Já o medo surge pela consciência de que a situação de risco em que a criança se encontra é real - e traumatizante para a mulher que tem o filho neste local³.

Nesse sentido o cuidado direcionado à mãe deve seguir as diretrizes da troca e empatia baseadas no acolhimento, através de ferramentas e estratégias adequadas para o atendimento da necessidade da mulher, com o objetivo de minimizar o trauma ocasionado pela internação da criança. O suporte ofertado às mulheres deve ser feito a cada visita, assim como o fornecimento de novas informações acerca do real estado do RNPT, para que elas participem ativamente do processo de tratamento/reabilitação, pois assim a mulher assume uma postura mais assertiva em relação ao filho, maternando e formando o vínculo familiar e afetivo³.

Baseado nas proposições levantadas surgem as seguintes questões norteadoras: Quais sentimentos a mãe vivencia frente aos acontecimentos com o seu filho internado? Como é a acolhida da mãe na UTIN frente aos seus medos, inseguranças e angústias? E como pressuposto temos que durante o processo de hospitalização de um filho recém-nascido na UTI Neonatal, as mães demandam cuidados especiais e a equipe multiprofissional consegue oferecer suporte para o enfrentamento e desempenho do papel de mãe nesse momento, propiciando um significado positivo dessa vivência.

O presente estudo teve como objetivo geral compreender a percepção das mães sobre sua vivência na UTI Neonatal, conhecer os sentimentos que permeiam a mãe durante a internação do recém-nascido, além de descrever a assistência prestada às mães pela equipe multiprofissional durante a internação do recém-nascido na UTIN e investigar o perfil socioeconômico e obstétrico das mulheres com recém-nascidos internados na UTI Neonatal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado nas dependências de um hospital universitário de uma capital nordestina. A escolha do hospital se deu por ser uma maternidade de referência gestação de alto risco, com leitos de UTI Neonatal (UTIN).

A população deste estudo foi composta por mães que tinham recém-nascidos internados na UTIN do hospital. A coleta de dados foi realizada entre nos meses de maio e agosto de 2018.

Os critérios de inclusão para compor a amostra foram mães, com idade superior a 18 anos, cujos recém-nascidos estavam na UTIN e que apresentavam condições físicas e emocionais para a entrevista. Foram excluídas mulheres portadoras de transtorno mental ou portadoras de problemas na fala.

A amostra foi definida pelo critério de saturação das falas que mostrou-se na nona participante. Foi realizada entrevista semi-estruturada, cujo roteiro contemplava duas partes, a primeira relativa às informações socioeconômicas, gineco-obstétricas, causa da prematuridade e/ou internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A segunda parte abordava questões sobre a vivência da mulher no ambiente da UTIN. Para isso, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: 1) Como é sua vivência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? 2) Como é a sua acolhida no setor? As entrevistas foram gravadas com auxílio de mídia digital por áudio, transcritas na íntegra, preferencialmente no mesmo dia em que foram realizadas, e submetidas à análise.

A técnica de análise de dados foi realizada através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Segundo Lefevre Lefevre⁵, o DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos fundamentada na teoria da Representação Social. O DSC é um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por procedimentos sistemáticos e padronizados que agrega depoimentos sem reduzi-los a quantidade. Esta técnica permite o conhecimento dos pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema⁶. A fonte principal de informações é o depoimento e os discursos são compostos pelas Ideias Centrais ou Acoragens e as suas respectivas Expressões Chave.

Neste estudo foram utilizados os depoimentos das mulheres e para a criação do DSC foram executadas as seguintes etapas: seleção das Expressões-Chave de cada discurso; identificação da Ideia central de cada uma das expressões-chave; identificação da ideia central convergente e formação do DSC através das expressões-chave ligadas às ideias centrais convergente.

Reconhecidas tais figuras metodológicas, os dados foram interpretados e reunidos em um discurso único, representando a percepção da mãe sobre o contexto da internação do RN na UTIN.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos, tendo como base a

resolução nº 466/12 e resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa CEP/HUUFMA, e obteve parecer favorável de nº CEP: 2.652.121. As participantes concordaram e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 9 puérperas, na faixa etária predominante maior de 30 anos, com ensino médio completo. Quanto ao estado civil, a maioria declarou união estável e não exerciam trabalho remunerado. As mulheres entrevistadas apresentaram bom entendimento e discernimento para responder aos questionamentos.

Em relação aos dados gineco-obstétricos das puérperas, a maioria eram múltiparas, e tiveram alguma intercorrência na gestação. Quanto à quantidade de consultas pré natais, a maioria fez de 4 e 5, e o tipo de parto predominante foi a cirurgia cesariana. Dentre os motivos que levaram ao parto prematuro destacam-se causas obstétricas (34%), etiologia ginecológica (12%) e causas clínicas maternas (54%); quanto à idade gestacional, os partos aconteceram entre a 26^o e 36^o semanas de gestação.

Após a transcrição literal dos discursos, procedeu-se a identificação e extração de quarenta e nove expressões-chave. A partir da análise dessas expressões, identificou-se a vinculação destas a oito ideias centrais. A partir da agregação das expressões-chave, foram construídos oito discursos. Ao considerar o tamanho da amostra (n=37) e a expressiva quantidade de expressões-chave, neste artigo, optou-se por apresentar apenas as ideias centrais e os DSC.

A partir da transcrição dos discursos foi possível identificar, trinta e duas expressões-chave, a partir da análise das referidas expressões-chaves identificou-se oito ideias centrais e partir da aglutinação das expressões-chave foram construídos os DSC.

Código da ideia central	Ideia Central
1	A UTIN acolhe, apoia e tem boa recepção.
2	A UTIN fornece muitas informações.
3	A UTIN tem cuidado compartilhado.
4	A UTIN trouxe esperança e vitória
5	A internação do meu filho trouxe um ambiente assustador.
6	A internação do meu filho trouxe o medo da morte e a esperança.

7	A equipe mostrou qualidade do cuidado, disposição, confiança.
8	A equipe se mostrou atenciosa e prestativas.

QUADRO 1: Descrição das ideias centrais agrupadas a partir da percepção das mulheres na vivência da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, São Luís-MA, 2018.

O Quadro 2 mostra Discursos do sujeito coletivo a partir da percepção das mulheres sobre a vivência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Idéia central	Discurso do sujeito coletivo
1	“Olha a enfermeira sempre me recebeu muito bem, aliás, todos sempre me receberam muito bem, me acolheram, trouxeram para perto[...] o ambiente é pesado, mas toda vez que a gente chega, eles já vêm nos tratando bem. O clima é pesado, mas nos sentimos muito acolhida, abraçada [...] um ponto positivo é que os pais tem acesso livre na UTIN, os profissionais nos incentivam a visitar mais vezes[...] quando eu cheguei lá estava muito triste e me receberam muito bem, sempre tentam tirar minha tristeza, cuidam muito bem de mim [...] foi muito boa, me receberam de forma respeitosa, carinhosa e entendendo a minha dor” [...] (DSC1)
2	“Todas as vezes que chego é a mesma coisa, me enchem de informação sobre o meu filho, mas isso eu encaro como uma coisa boa, não preciso ficar me preocupando de ir atrás para saber [...] fui bem informada nas visitas, sabia como minha filha tinha passado a noite, sempre que perguntava tinha um profissional pronto para me informar [...] sempre me informam e adaptam a linguagem para eu entender [...] hoje eu sei o que cada aparelho faz e porque é importante, me explicaram tudo” [...] (DSC2).
3	“Desde o começo eles tentaram me colocar para ajudar a cuidar junto com eles, no que eu podia e sem prejudicar meu filho, eu tinha até medo[...] me explicaram o método canguru e faziam de tudo para meu filho poder vir logo para o meu colo [...] sempre mandavam eu passar a mão nela, toca-la, conversar enquanto eu ainda não podia ajudar[...] vi que meu sonho de cuidar do meu filho não podia ser impedido de acontecer só porque ele tava ali [...] [...] hoje eu fiz o canguru a primeira vez, chorei porque eu tinha uma vontade de cuidar” [...] (DSC3).
4	“No coração é esperança, que ela vai sair de lá bem e que vamos juntas para casa [...] Hoje eu entendo que ela tá lá para melhorar, ficar curada, é nisso que acredito e tenho fé [...] que ela vai sair de lá com saúde, tenho esperança [...] para mim é confiar que vamos sair daqui vitoriosos[...] me senti abalada psicologicamente na primeira vez, mas depois eu entendi que ali seria a garantia da minha filha viver e eu poder ver ela crescer bem [...] eu entendi que era diferente, que eles vão para UTI para se recuperar por que eles vêm antes da hora. No começo tinha medo, mas depois foi de esperança porque eu sei que ele vai sair de lá bem [...] é de uma nova vida” [...] (DSC4).
5	“É um lugar que dá muito medo, mas saber e ver que o meu bebê está sendo bem cuidado me deixa mais tranquila [...] eu tinha muito medo de como seria ver meu filho sendo cuidado por outra pessoa que não fosse eu, mas quando eu vi o tamanho do amor que eles tem pelos bebês de todo mundo, eu vi que essa internação serviu para eu conhecer tantas pessoas boas [...] tive muito medo e hoje eu me sinto confiante, a UTIN não me dá mais um frio na barriga, meu filho é bem cuidado [...] o ambiente é pesado, assustador, agora ver o carinho e cuidado deles com meu pequeno me alivia, a equipe é ótima” [...] (DSC5)
6	“Foi muito difícil, por medo da morte, mas a psicóloga e assistente social me acalmaram [...] é um ambiente triste, o medo de acontecer o pior é grande, parece que a vida e a morte tá uma do lado da outra [...] é uma mistura de sofrimento e esperança ao mesmo tempo [...] não desejo sentir o que eu senti para ninguém, mas eles (os profissionais) do jeito que cuida me fazem ter esperança [...] quando se deixa o filho da gente dá medo, ansiedade, insegurança e no fim fé” [...] (DSC6).

7	“Eles sempre estão bem dispostos a cuidar do meu filho e de mim, me ajudam muito e até me consolam [...] sinto um segurança enorme na equipe, meu bebê está em boas mãos [...] não conhecia as pessoas e isso me dava medo, se podia acontecer alguma coisa com o meu filho, mesmo eles me tratando bem, mas com o passar do tempo eu já confiava neles [...] eles são super inteligentes e passam muita segurança sobre o que estão fazendo, a gente confia no cuidado quando é assim” (DSC7).
8	“Me sinto bem aceita e não vejo eles desconfortáveis comigo ali, perguntam se eu não quero fazer o canguru, ficam bem à vontade [...] a enfermeira dizia que podia chamar ela sempre que precisasse, ela ia me ajudar, me tirar dúvidas, qualquer coisa mesmo [...] me diziam tudo o que minha filha tinha, o que foi feito quantas vezes precisasse para eu entender na maior paciência [...] sempre foram muito atenciosos comigo [...] da enfermeira eu sempre tive muito apoio, conversava direto comigo, perguntando como eu tava, mostrando que se importava comigo também [...] quando eu pensei que minha vida tinha acabado, eles me deram uma nova vida, cuidando bem da minha filha e de mim, deixando ela boa” (DSC8).

QUADRO 2: Discursos do sujeito coletivo a partir da percepção das mulheres sobre a vivência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, São Luís-MA, 2018.

DISCUSSÃO

A situação de prematuridade é algo inesperado e não planejado em uma gravidez, causando insegurança, medo, ansiedade, dúvidas, choque e sentimento de culpa principalmente para as mães¹. A hospitalização de um filho na UTIN traz consigo momentos de estresse, angústia, e perda de controle. É a concretização dos medos, frustra a mulher-mãe e leva a uma incerteza de futuro. A adaptação ao novo contexto é individual e cada pessoa possui um nível de enfrentamento².

A necessidade de um recém-nascido receber cuidados em uma UTIN, após o nascimento, pode estar relacionada a múltiplos fatores, desde socioeconômicos, biológicos e profissionais de saúde até institucionais, como reflexo de ações de saúde que devem sempre ser aprimoradas. A repercussão de agravos no período perinatal em um recém-nascido pode marcá-lo por toda vida, mas o desempenho de profissionais que atuam nos setores obstétricos e de neonatologia e uma boa estrutura de UTI neonatal podem mudar a realidade⁸.

Assim, a compreensão dos sentimentos que permeiam as mães nesse momento torna-se um subsídio importante para o planejamento de ações de acolhimento pela equipe multiprofissional na UTIN, contribuindo para maior enfrentamento da situação, de forma a tornar a experiência menos traumatizante⁹.

Os resultados estudo apontam para um perfil de puérperas jovens adultas, com predominância de idade entre 30 e 38 anos (56%). No Brasil, em 2016, foram computados 877.497 partos de mulheres nessa faixa etária, correspondente a 30,7% do número total de nascimentos entre todas as faixas etárias e desse percentual 3,52% ocorreram em situação de prematuridade¹⁰. Porém, o número de partos ocorridos durante a adolescência, representa cerca de 20% do número total de nascimentos no país. A gestação precoce muitas vezes é

considerada um fator de risco para o parto e nascimento, e isso fica evidenciado quando 15% do número total de morte materna foram de mulheres na adolescência¹¹.

No que se refere a situação conjugal, 67% das mulheres informaram que tinham um companheiro. A participação do pai é muito importante e deve ser estimulada durante o pré-natal e assim preparar o casal para o parto e nascimento em quaisquer que sejam as condições. Na situação de prematuridade o apoio a mulher é de grande valia em decorrência do grande abalo emocional que a mesma é submetida¹¹⁻¹².

Duas mulheres possuem ensino superior completo, cinco com ensino médio completo, uma com ensino médio incompleto, uma com ensino fundamental incompleto. Alguns estudos apontam um menor nível de escolaridade como fator de risco e vulnerabilidade para um parto prematuro e mortalidade neonatal. Mães com pouca escolaridade são mais propensas à situações de risco, que podem afetar de maneira negativa a saúde dela e do recém-nascido. Isso foi demonstrado por um estudo na Turquia em que 93% das mães não possuíam escolaridade além do ensino médio⁸⁻¹³ e esse acabou sendo um fator dentro da multicausalidade do parto pré-termo. Já Cascaes¹⁴ propõe que a escolaridade não seja utilizada como fator de análise único, deve ser considerado em conjunto ao acesso ao serviço de saúde – número de consultas pré-natais.

Em relação a trabalho e renda, nesse estudo mais da metade das entrevistadas não realizam atividade remunerada e não tem renda, corroborando com Berrak, Deniz e Acikgoz, que no estudo obtiveram o resultado que 87% das mães dos recém nascidos internados na UTIN não trabalhavam¹¹. Em contrapartida em uma pesquisa realizada em uma maternidade de referência no Piauí, 60,8% exerciam uma atividade remunerada e foi considerado também como fator preditivo do parto prematuro¹⁵.

As características clínicas e reprodutivas das puérperas mostraram que 67% das mulheres eram múltíparas. Dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado em uma maternidade de referência em Teresina¹⁵, onde das 208 puérperas pesquisadas, 124 (59,6%) tinham 2 ou mais filhos. Um número mínimo de mulheres (22%) conseguiu completar as 6 consultas ou mais preconizadas no pré-natal, pois foram afetadas pelo viés do parto precoce. Na pesquisa realizada em uma UTIN do Distrito Federal a maioria das mulheres realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal, e ainda assim a maioria dos fetos tiveram desfechos desfavoráveis – prematuridade e baixo peso ao nascer – e portanto foi levantado o questionamento sobre a qualidade da assistência pré-natal, já que a literatura evidencia que quanto mais consultas de pré-natal, melhor é assistência e desfecho da gestação¹⁶.

Os resultados em relação as intercorrências na gestação, mostram que elas ocorreram em 88% dos casos e que estas causaram o parto prematuro. Em um caso a gestação transcorreu sem alterações, porém o desfecho foi rompimento prematuro das membranas amnióticas sem nenhum outro fator associado. Na pesquisa feita no Distrito Federal, a população estudada é diferente da abordada nesse estudo, mas foi relatado que a maioria das mães tiveram alteração de pressão arterial e infecção de trato urinário como complicações, ratificando o que foi evidenciado neste estudo, já que 54% da origem do parto pré termo foi clínica com prevalências dessas duas patologias¹⁶. Quando ocorre um parto prematuro como consequência desses agravos há uma alta taxa de mortalidade materna e neonatal. A gravidade aumenta em gestantes com pré-eclâmpsia ou pré-eclâmpsia sobreposta se comparadas a hipertensão gestacional isolada. Essas patologias trazem consigo infecções neonatais, prematuridade, síndrome da angústia respiratória entre outros¹⁶⁻¹⁷.

A via de parto com maior prevalência foi a cesariana (78%), em decorrência de algumas intercorrências na gestação que têm indicação parcial ou absoluta dessa forma de parto. O número de cirurgias cesarianas aumentou drasticamente nos últimos anos, ultrapassando a porcentagem recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de 15%. O Brasil ocupa os primeiros lugares, pois mais da metade dos partos realizados são por cirurgia cesariana, uma verdadeira epidemia. Em 2016 no Maranhão a taxa de cesarianas foi de 44,52% dos partos realizados, e 3,52% destas foram feitas em nascimentos pré-termos¹⁴⁻¹⁰.

Houve proporções semelhantes as classificações de prematuridade de acordo com a idade gestacional. No Datasus¹⁰, em 2016, o maior número de nascimentos prematuros foi com idade gestacional entre 32 e 36 semanas (86,2%). As estatísticas obtidas no Datasus, assemelham-se aos resultados encontrados por Menetrier e Almeida¹⁹ no estado do Paraná, que embora em idade de prematuridade, já estavam próximos do término da gestação. Um nascimento prematuro antes das 29 semanas – período em que o feto ganha mais peso – propicia um nascimento com RN de baixo peso. As novas tecnologias minimizam e retardam a ameaça de um parto precoce. A principal intervenção é a tocólise, que tem como função inibir as contrações e postergar o desfecho da gestação²⁰.

Após a análise das características clínicas, demográficas e reprodutivas, através de análise estatística, foi realizada uma leitura exaustiva do material transcrito, para permitir a identificação das idéias primárias. O DSC do 1º questionamento foi expresso pelas idéias centrais 1, 2 e 3; revelam sentimentos das participantes em relação ao acolhimento da equipe, bem como os desejos de cuidar do filho, a tristeza ao entrar no ambiente, como as

informações são repassadas e apreendidas por elas, considerando sua inexperiência e fragilidade com a situação.

A prematuridade causa pânico em quem está convivendo com ela. Cada um possui uma forma de enfrentar as adversidades¹¹. Na idéia Central 1, obteve-se os termos, “bem acolhida” e ‘boa recepção’ para a construção do primeiro DSC. Com a análise do discurso das mães é possível perceber que assim como no estudo de Nunes²¹, a assistência prestada na UTIN do HUUMI está utilizando também a filosofia do cuidado centrado na família (CCF), onde os pilares da dignidade e respeito, colaboração da família, informação compartilhada e participação dos pais no cuidado, através de estratégias e ferramentas adequadas, que atende a necessidade da mulher enquanto mãe e receptora do cuidado, objetiva minimizar possíveis traumas que essa situação possa acarretar, recebendo apoio emocional a cada visita, que obedece as particularidades e limitações de cada uma.

A mãe precisa se enxergar como sujeito do cuidado e a equipe também deve envolvê-la na sua assistência. O papel dos profissionais é mostrar a mãe que não só a criança nesse momento precisa ser assistida. A humanização facilita a interação da tríade mãe/pai/filho/família/profissional, e acaba tornando a mãe um sujeito passivo e ativo do cuidado, minimizando os efeitos nocivos que a internação pode gerar e contribuindo para a qualidade de vida da mãe e sobrevivência do filho. Antunes²², afirma que, os serviços de neonatologia estão preocupados em se tornar ambientes acolhedores e menos impessoais, não só no espaço físico, como no comportamento da equipe, conciliando tecnologia e cuidado humanizado, e é possível perceber esse fenômeno através das falas de cada mãe sobre o serviço prestado²¹⁻²².

Ainda com base no questionamento 1, surgiu uma segunda idéia central, onde a coletividade fala de “muita informação”. Na construção do discurso do sujeito coletivo 2 percebe-se que por ser um ambiente desconhecido, novo, a falta de informações poderia causar instabilidade emocional na mãe e o medo da perda do filho. Com a formulação do discurso, as mães falam sobre ter informações sempre disponíveis, os profissionais as procuram para atualizá-las da situação do RN. Resultado diferente no estudo de Schmidt²³, onde as mães referiam que a equipe nem sempre estava disponível para atendê-las e deixa-las informadas sobre o real estado de saúde do filho, trazendo à tona sentimentos de angústia, medo, insegurança e instabilidade emocional. Não havia o sentimento de envolvimento no cuidado do RN, pois as suas necessidades individuais não estavam sendo atendidas. Em estudo no Rio Grande do Sul, com a família dos recém-nascidos internados na UTIN²⁴ também evidencia que a falta de informações entre os pais e a equipe afeta o estabelecimento

de uma relação interpessoal e o desenvolvimento da confiança mútua. Nesse estudo as mães afirmavam categoricamente que no início ainda havia um certo receio com os profissionais sobre a forma de cuidar, porém a medida em que observavam e comprovavam o alto nível de conhecimento passaram a confiar totalmente nos prestadores do cuidado. As mães relataram que os profissionais que mais fornecem informações a elas são os técnicos de enfermagem e o enfermeiro, obtendo um resultado semelhante ao de Scochi²⁵, pois a enfermagem está numa posição chave para dar informações e fornecer apoio aos pais.

Portanto, pode-se apreender que a assistência prestada na UTIN do hospital, busca proporcionar a mãe o máximo de conforto. As informações são de grande valia para as mães, pois assim sentem-se mais confiantes e seguras sobre o prognóstico do filho.

A terceira ideia central do 1º questionamento é representada pelo termo “cuidado compartilhado” e as falas organizadas no DSC 3, as entrevistadas relatam que a equipe multiprofissional sempre as envolvem no cuidado, estimulando a criação de vínculo através do toque, da extração de leite materno, da conversa, para o quanto antes o RNPT estabilizar clinicamente e iniciar a prática da posição canguru, que traz repercussões positivas no processo de recuperação da criança. Girardon-Perlini²⁴, conseguiu captar no seu estudo sentimentos de ambiguidade em relação a maternidade, as mães não eram protagonistas e nem “figurantes” do cuidado ao RN, há relatos em que a mãe disse que teve um filho mais é como não tivesse. Scochi²⁵, após analisar a população do seu estudo afirmou que os pais sentiam a necessidade de atuar como cuidadores dos filhos. A partir dessa análise foi possível perceber que na UTIN do HUUFMA, o cuidado compartilhado é uma realidade e que as mães conseguem realizá-lo em conjunto com a equipe²⁶.

Com o cuidado compartilhado, a tendência é que haja um estímulo da equipe para que o mais precocemente seja realizada a posição canguru. Schmidt²³ obteve como resultados que o método colabora em diversos aspectos como: auxílio à manutenção da produção láctea e estímulo à mãe, melhora do vínculo entre mãe e filho, apropriação da mãe em relação a seu filho, o perceptível bem estar do RNPT durante a posição canguru devido à melhor organização. Outra vantagem desta prática é a enorme satisfação verbalizada pelos pais, gerando boas expectativas quanto à próxima ida à UTIN, para poder desfrutar novamente dessa vivência. Os discursos apresentados pelas mães corroboram com a pesquisa analisada, onde elas sentiam-se satisfeitas em fazer a posição canguru e reconheciam a importância da prática para o RNPT.

À medida que as entrevistas foram fluindo, novos questionamentos eram levantados. Com isso chegou se a 2ª pergunta sobre o significado que a UTI Neonatal possuía

para as mães. Obteve-se um idéia central com os termos “esperança”, “vitória” e com isso a formação do DSC 4. Elas tinham um discurso de que o ambiente era difícil de ser encardo, mas que elas tinham muita fé de que tudo sairia bem e que logo teriam alta do RN, viam o local como a certeza da cura e de um futuro promissor e feliz. Marin e Menéndez²⁶ avaliaram que embora as mães estivessem esgotadas biopsicossocialmente, sem poder realizar o cuidado da maneira como queriam, mantinham a esperança e confiança que a equipe faria o melhor para a recuperação do seu filho e que a forma como o cuidado era realizado aumentava ainda mais o sentimento. Pontos como passar informações completas, elas conhecerem a equipe toda, o oferecimento de apoio contribuía ainda mais para a manter a esperança, melhorando a qualidade de vida da mãe. As mães do RN do hospital mantinham grandes esperanças sobre o filho. Avaliavam que o cuidado prestado, por muitas vezes dissuadia o medo e trazia cada vez mais a certeza de uma rápida recuperação com quase ou nenhum dano. A qualidade do cuidado é prezado pela equipe, e a criação do laço de confiança é fundamental para que as avaliações sejam tão positivas.

No questionamento que busca entender como a mãe visualizou e enfrentou a UTIN e internação do filho, surgiram duas ideias centrais. A primeira é caracterizada por “o ambiente é assustador” e seu respectivo DSC 5, pois foi dessa maneira que todas elas definiram e a segunda é “o medo da morte”, “esperança”. Que a primeira vez dentro daquele local dava muito medo, porém com as idas frequentes, elas conseguiram perceber que a UTIN não deve ser temida, pois ela significa vida. Verem seu filhos sendo bem cuidados, as deixavam tranquilas e o sentimento ruim era esvaído. A equipe contribuía significativamente para a cultivação dos bons sentimentos, embora o ambiente não favoreça. Antunes²² no seu estudo, mostra que as participantes das duas pesquisas tinham percepções semelhantes, pois afirmam que ao chegar na UTIN e ver o filho nas condições clínicas de saúde mais variadas, e em um ambiente desconhecido para elas causa pânico, porém ao observar a forma do cuidado ofertado o sentimento de medo dá lugar à fé como um suporte emocional, fonte de cura e sobrevivência do filho.

Girardon-Perlini²⁴ conseguiu entender através de sua pesquisa, que a primeira visita a unidade foi importante para uma mudança nos pré-conceitos formados sobre a unidade. O estabelecimentos de vínculos, o suporte emocional e o repasse de informações são cruciais para que os sentimentos sobre a UTIN sejam elaborados ou remodelados. Aos poucos o medo da morte foi sendo desmontado, quando a equipe demonstra conhecimento e capacidade para lidar com as particularidades de cada caso. O desenvolvimento de ações

centradas na família e inclusão dos pais no cuidado a experiência da internação ganha um novo significado.

A equipe através da assistência consegue desdobrar os sentimentos ruins, e ajudam no desenvolvimento da esperança. O medo da morte é atenuado pela observação do cuidado. Respeito a dignidade do RN e da mãe são cruciais para atenuar os possíveis traumas.

Na última dimensão avaliada as mães precisavam falar sobre o relacionamento com a equipe, o cuidado prestado a díade mãe-filho e um fator preconizado e primordial dentro do ambiente da UTI Neonatal: a criação de vínculos. Nos resultados obtidos nos DSC 6,7, e 8, avalia-se um bom relacionamento com a equipe multiprofissional, que o cuidado prestado estava alicerçado na díade mãe-filho e que há um estímulo contínuo para que seja estabelecido o mais precocemente o vínculo entre mãe e filho. Foram encontradas duas idéias centrais, onde na primeira os termos abordados foram “a qualidade do cuidado”, “disposição”, “confiança”. A segunda traz as palavras “atenciosos” e prestativos”, “contato”. Lohmann²⁷, nos seus resultados refere que as mães tem mais contato com a equipe de enfermagem e com os médicos as suas relações são únicas e exclusivas equipe-acompanhante, informando sobre o estado geral da criança, não mantendo a comunicação como forma de promover acolhimento, escuta sensível, transmitir tranquilidade, fatos que são totalmente inversos ao que ocorre na UTIN do HUUFMA, a relação entre o membros da equipe e os pais ultrapassam as técnicas mecanicistas do cuidado, pois além de fornecer informações e assistenciar o RNPT, entendem a mulher como um sujeito passível de cuidado, que precisa encontrar segurança, conforto e apoio por parte deles.

O estreitamento das relações interpessoais, fazem as mães se sentirem seguras, confiantes e encontrar no profissional um apoio emocional adicional. Além disso, o domínio científico de técnicas do cuidado, é um ponto importante para o estabelecimento de vínculos entre a tríade mãe-equipe-filho, pois elas depositam a confiança do cuidado do filho à pessoas que elas julgam ter a capacidade de propiciar um desfecho favorável ao RN²⁸.

Neste estudo ao serem indagadas sobre os promotores do cuidado, as mães afirmam saber quem são os responsáveis pela assistência do filho, fato louvável, pois mostra a aproximação da equipe com a mãe. Para Lohmann²⁷ é importante que os pais consigam identificar quem cuida da criança, pois assim eles se sentem à vontade para perguntar, interagir, buscar apoio. Esse acompanhamento mais próximo da mãe durante a internação minimiza os sentimentos envolvidos na situação. Os profissionais devem lembrar-se de exercer um papel de cuidador acessível e disponível para conversar, ouvir, tirar dúvidas e dissuadir as preocupações.

Santana e Madeira²⁹, ratificam a importância da relação da equipe com os pais, pois propicia uma melhor compreensão da evolução clínica do RN e assim contribui para a formação do elo de confiança. Interagir com a família é interagir com o RN, pois este deve ser entendido como um ser ligado a mãe e ao pai. A presença da mãe não deve ser vista como empecilho para a assistência, ela deve ser instigada e valorizada pois assim consegue-se estabelecer o diálogo e reduzir a ansiedade materna que foi revelada nos discursos. O cuidado à mulher deve ser holístico, respeitoso, ético, e assim chegará a excelência. O serviço do HUUMI, busca levar a mãe para dentro do ambiente da assistência, estabelecendo uma relação interpessoal que facilita a prestação do cuidado, pois há uma grande confiança das mulheres nos profissionais.

Na entrevista, as mulheres afirmaram que há um forte estímulo da equipe para que seja estabelecido um vínculo entre mãe e filho o mais precocemente. Os profissionais de enfermagem foram apontados como os principais incentivadores da relação, fomentando o acesso diário e mais brevemente possível, o toque, a conversa entre mãe e filho, a extração de leite materno. Relataram um cuidado especializado de alta qualidade para que o mais rápido possível o RNPT esteja estabilizado, possa sair da incubadora e que seja realizado a posição Canguru.

A partir das entrevistas foi possível afirmar que o acesso livre dos pais a UTIN pode indicar um bom vínculo da díade mãe-filho. O estímulo da equipe para a ida frequente ao ambiente que o RNPT se encontra e o bom relacionamento referido pelas entrevistadas com os profissionais envolvidos no cuidado com o filho propicia a presença delas dentro da Unidade Neonatal.

Há pelo menos duas décadas, diversos estudos já relatavam sobre a importância da criação de vínculos e o estabelecimento precoce da relação entre mãe e filho. No artigo de Veronez³⁰, foram encontrados relatos semelhantes, em que a participação ativa nos cuidados ao RN são reforçadas pela enfermagem e que contribui para o processo de construção dos laços afetivos, amenizando os medos e receios de outrora. Essa relação afetiva confere a mãe maior segurança para exercer o seu cuidado materno, permite o empoderamento sobre a sua nova condição social. É necessário que pequenos gestos de cuidado sejam valorizados pela equipe, e assim se tornará marcante para a apropriação do papel de mãe.

As participantes deste estudo relataram que a enfermagem as ensinava e auxiliava nos cuidados ao RN, construindo a sua autonomia, porém tudo isso era feito com uma constante vigilância, que foi caracterizado como algo positivo, pois procedimentos que aparentemente são inofensivos poderiam se tornar potenciais complicações para o seu filho.

Algumas ainda sentiam falta de poder participar do primeiro banho, mas entendiam que ainda não era possível, e mantinham-se confiantes sobre realiza-lo o mais brevemente³⁻³⁰.

O detalhamento dos procedimentos de cuidado por mais que sejam considerados simples, irão possibilitar habilidades e segurança para a mãe fazê-lo de forma exitosa, além de garantir uma técnica adequada para a promoção do bem-estar do RN. A repetição das orientações de cuidado devem ser avaliadas como a garantia de assimilação. Cabe ao profissional acompanhar a evolução do empoderamento materno. Primeiro demonstrando e orientando, depois auxiliando e por último apenas supervisionando o cuidado e interferindo apenas em situação de perigo. A mulher nesse momento deve ser vista como sujeito ativo do processo de cuidar. Entender que cada família possui a sua individualidade, propicia melhor relação entre a mãe e o filho, e facilita a sua incorporação à nova função. A mulher se sente útil e isso pode servir para minimizar a culpa sobre o desfecho da gestação³⁰.

A convivência diária com o filho dá à mulher autoconfiança e proporciona o estabelecimento retorno do papel materno. A criação de vínculo é sobretudo uma forma de preparar a mãe para o cuidado domiciliar. A interação faz com que a mulher se sinta realmente mãe do recém-nascido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível compreender os sentimentos que estão envolvidos na internação de um recém-nascido pré-termo na UTIN. A angústia, o medo, insegurança são constantes, e, portanto, a equipe multiprofissional, em especial a enfermagem que é o sujeito mais próximo da mãe, tem um papel fundamental em acolher a mulher, ajudar a construir vínculo entre a díade mãe-filho e formar a autonomia de cuidado materno.

A comunicação e troca de informações representa um meio importante de renovação de esperança e fé em relação a saúde do recém-nascido. Neste ponto o estudo permitiu descrever como foi importante para as entrevistadas, receber informações sobre o estado de saúde do filho e ser orientada. O acompanhamento contínuo dos avanços na saúde do filho conferiu as mães uma forte confiança na equipe, pois há qualidade da assistência e alto nível de conhecimento científico da equipe. O acolhimento é a base do processo da assistência humanizada no setor e tal fato foi reiterado quando se constata a valorização da permanência e participação da mãe no cuidado.

O estabelecimento de vínculos teve uma importância significativa na redução da insegurança materna e na construção da autonomia do cuidado, tornando a internação uma experiência construtiva e não traumatizante como havia sido idealizada. Entender o significado de ter um RNPT para a mãe, confere uma assistência mais próxima e

individualizada, com foco na díade mãe-filho que precisa de cuidados que vão dos mais simples aos mais complexos e deve ser entendido como uma parceria que conferirá a minimização de complicações e a rápida recuperação do recém-nascido.

Desta forma, supõe-se que os achados deste estudo emergiram o discurso das mulheres e a valorização dos profissionais que cuidam da criança e da família, reforçando a capacitação contínua e busca de métodos especializados cada vez mais adequados para a prática e tratamento dessas crianças pré-termo e suas famílias, e em momentos de reflexão, continuem praticando uma assistência compartilhada e com foco na família, e que sempre estimulem as mães a permanecerem acompanhando seus filhos na unidade por maior tempo possível, com participação ativa, geradora de autonomia nos cuidados, para com seu filho. Acreditamos também, que o presente estudo proporcionará discussões que ajudarão no processo formativo dos profissionais, de maneira a torná-los mais sensíveis e capazes de perceber as necessidades das mães que vivenciam a internação de filho pré-termo.

REFERÊNCIAS

- 1- **Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH, Corrêa DAM.** Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI Neonatal. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 jan/mar [citado 2017 out 01]; 17(1):46-53. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/07.pdf>>.
- 2- **Silva MRC, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Vargas GS, Sá AMP.** A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2013 dez [citado 2017 out 01];21(2):792-7. Disponível em:< www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>.
- 3- **Soares LG, Lima VF, Soares LG, Baratieri T, Botti ML.** Enfermagem neonatal em cuidados intensivos: o olhar das famílias. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Internet]. 2014 jan/fev [citado 2017 out 02];15(1):12-21. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324030684003>>.
- 4- **Jurie ACGM.** A vivência da puérpera com a internação do seu filho recém-nascido em uma UTI/UCI: análise a partir do estágio em serviço social no Hospital Santa Cruz [trabalho de conclusão de curso]. Santa Cruz do Sul: Universidade Federal de Santa Cruz do Sul, Curso de Serviço Social; 2016 [citado 2018 set 31]. 67 p. Disponível em:< <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1450>>.
- 5- **Lefreve F, Lefreve AMC, Marques MCC.** Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto-organização. Ciências e Saúde Coletiva [Internet]. 2009 [citado 2017 dez 27];14(4): 1193-1204. Disponível em:< <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/12904>>.
- 6- **Almeida ML, Peres AM, Bernadino E, Santos MF.** Egressos de uma universidade pública e perspectivas de atuação no gerenciamento de enfermagem. Rev Rene [Internet]. 2014 nov/dez [citado 2017 dez 28];15(6):933-941. Disponível em:< www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1806/pdf>.

- 7- **Figueiredo MZA, Chiarri BM, Gourlat BNG.** Discurso do Sujeito Coletivo: breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. *Disturb Comum* [Internet]. 2013 abr [citado 2017 dez 20];25(1):129-136. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/download/14931/11139>>.
- 8- **Costa ALRR, Araújo Junior E, Lima JWO, Costa, FS.** Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2014 [citado 2018 set 20];36(1):29-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000100029&script=sci_abstract&tlng=pt>.
- 9- **Cartaxo LS, Torquato JA, Agra G, Fernandes MA, Plate IC, Freire ME.** Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 jul/ago [citado 2018 out 31];22(4):551-7. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf>>.
- 10- **Brasil.** Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Nascidos Vivos. Brasil [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2018 nov 31]. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>.
- 11- **Azevedo RO, Ferreira HC, Silvino ZR, Christovam BP.** Profile of high-risk pregnant women hospitalized in a maternity hospital: a descriptive study. *Online braz j nurs* [internet] 2017 Jun [citado 2018 out 31]; 16 (2):218-225. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5541>.
- 12- **Brasil.** Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 13- **Berrak M, Deniz AO, Acikgoz A.** Anxiety levels of mothers with newborns in a Neonatal Intensive Care Unit in Turkey. *Pak J Med Sci* [Internet] 2015 set/out [citado 2018 out 31];31(5):1176-1181. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4641278/>>.
- 14- **Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG.** Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2008 mai [citado 2018 out 31];24(5):1024-1032. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/48116133.pdf>>.
- 15 – **Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V.** Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Cienc Saúde Colet* [Internet] 2016 jun [citado 2018 out 31];21(6):1965-1974. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n6/1965-1974>>.
- 16 – **Ferraresi MF, Arrais AR.** Perfil epidemiológico de mães de recém-nascidos admitidos em uma unidade neonatal pública. *Rev Rene* [Internet] 2016 nov/dez [citado 2018 out 31];17(6):733-40. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/6453/4702>>.
- 18- **Cesar J, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJ, Dias-da Costa JS, Barros FC, Victora CG.** The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. *Cad Saude Publica* [Internet] 2008 [citado 2018 out 31];

24(3):427-S436. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500008>.

17- **Rolim KMC, Costa RD, Thé RF, Abreu FRH.** Agravos à saúde do recém-nascido relacionados à doença hipertensiva da gravidez: conhecimento da enfermeira. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2014 [citado 2018 out 31];3(2):19-28. Disponível em:<
seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1017>.

19- **Menetrier JV, Almeida G.** Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. Saúde e Pesqui [Internet]. 2016 set/dez [citado 2018 out 31];9(3):433-441. Disponível em:<
<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5534>>.

20- **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.** Manual de orientação de gestação de alto risco. Brasília: FEBRASGO; 2011. – disponível em:<
<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5534/2926>>.

21- **Nunes NP, Pessoa UML, Bucharles DG, Mont'Alverne, Sá FE, Carvalho EM.** Método Canguru: percepção materna acerca da vivência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2015 jul/set [citado 2017 set 20];28(3):387-393. Disponível em:<
<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3558/pdf>>.

22- **Antunes BS, Paula CC, Padoin SMM, Trojahn TC, Rodrigues AP, Tronco CS.** Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para a mãe. Rev Rene [Internet] 2014 set/out [citado 2018 out 31];15(5):796-803. Disponível em:<
<http://www.redalyc.org/html/3240/324032944009/index.html>>.

23- **Schmidt KT, Mello FT, Rosseto EG, Souza SNDH.** Avaliação da assistência de enfermagem na Unidade Neonatal na perspectiva dos pais. Cogitare Enferm [Internet]. 2010 jul/set [citado 2018 nov 01];15(3):460-6. Disponível em:<
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1888>>.

24- **Girardon-Perlini NMO, Viana AAF, Sand ICP, Rosa BVC, Beuter M.** Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na UTI Neonatal. Cienc Cuid Saúde [Internet] 2012 jan/mar [citado 2018 nov 01];11(1):026-034. Disponível em:<
<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18855>>.

25- **Schochi CGS, Fonseca LMM, Martínez JG.** Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. Rev Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2007 mar/abr [citado 2018 nov 01];15(2):239-46. Disponível em:<
http://www.scielo.br/pdf/flae/v15n2/pt_v15n2a08.pdf>.

26- **Marin D, Menéndez C.** Estres, ansiedad y depression em madres de niños com malformacion congênita mayor (MCM) internados em la UCIN del Hospital Garrahan. Medicina Infantil [Internet] 2011 mar [citado 2018 nov 01];18(1):10-17. Disponível em:<
<https://docplayer.es/74152601-Estres-ansiedad-y-depresion-en-madres-de-ninos-con-malformacion-congenita-mayor-mcm-internados-en-la-ucin-del-hospital-garrahan.html>>.

- 27- **Lohmann PM, Périco E, Pissaia LF, Costa AEK, Moreschi C.** O ambiente de cuidado em UTI Neonatal: a percepção dos pais e da equipe de saúde. *Destaques Acadêmicos [Internet]* 2017 [citado em 2018 nov 02];9(3):34-43. Disponível em:<<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1328/1199>>.
- 28- **Santos LF, Souza IA, Mutti CF, Santos NSS, Oliveira LMAC.** Forças que interferem na maternagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Texto Contexto Enferm [Internet]* 2017 [citado 2018 nov 02];26(3):e1260016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1260016.pdf>>.
- 29- **Santana EFM, Madeira LM.** A mãe acompanhante na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: desafios para a equipe assistencial. *R Enferm Cent O Min [Internet]* 2103 jan/abr [citado 2018 nov 02];3(1):475-487. Disponível em:<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/279/379>>.
- 30- **Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Higarashi IH.** Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]* 2017 [citado 2018 nov 02];38(2):e60911. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v38n2/0102-6933-rngen-1983-144720170260911.pdf>>.

Conflito de interesses: não há conflito de interesses

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa pesquisa foi possível visualizar e compreender os sentimentos que estão envolvidos na internação de um recém-nascido pré-termo na UTIN. A angústia, o medo, insegurança são constantes, e portanto a equipe multiprofissional, em especial a enfermagem que é o sujeito mais próximo da mãe, tem um papel fundamental em acolher aquela mulher, ajudar a construir o vínculo entre a díade mãe-filho e a autonomia de cuidado materno.

A comunicação e troca de informações representa um meio importante de renovação de esperança e fé em relação a saúde do recém-nascido. Neste ponto o estudo permitiu descrever como foi importante para as entrevistadas, receber informações sobre o estado de saúde do filho e ser orientada. O acompanhamento contínuo dos avanços na saúde do filho conferiu às mães uma forte confiança na equipe, pois há qualidade da assistência e alto nível de conhecimento científico da equipe. O acolhimento é a base do processo da assistência humanizada no setor e tal fato foi reiterado quando se constata a valorização da permanência e participação da mãe no cuidado.

O estabelecimento de vínculos teve uma importância significativa na redução da insegurança materna e na construção da autonomia do cuidado, tornando a internação uma experiência construtiva e não traumatizante como havia sido idealizada. Entender o significado de ter um RNPT para a mãe, confere uma assistência mais próxima e individualizada, com foco na díade mãe-filho, que precisam de cuidados que vão dos mais simples aos mais complexos e deve ser entendido como uma parceria que conferirá a minimização de complicações e a rápida recuperação do recém-nascido.

Desta forma, conclui-se que os resultados deste estudo emergiram o discurso das mulheres e a valorização dos profissionais que cuidam da criança e da família, reforçando a capacitação contínua e busca de métodos especializados cada vez mais adequados para a prática e tratamento dessas crianças pré-termo e suas famílias, que em momentos de reflexão, continuem praticando uma assistência compartilhada e com foco na família, e que sempre estimulem as mães a permanecerem acompanhando seus filhos na unidade por maior tempo possível, com participação ativa, geradora de autonomia nos cuidados, para com seu filho. Acredita-se também, que o presente estudo proporcionará discussões que ajudarão no processo formativo dos profissionais, de maneira a torná-los mais sensíveis e capazes de perceber as necessidades das mães que vivenciam um internamento de filho pré-termo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Y. M. A.; MORAIS, S. A.; BEZERRA, M. M. M. Percepções das puérperas frente ao recém-nascido na UTI Neonatal de um Hospital em Juazeiro do Norte – CE. **ID online Revista de Psicologia**. v. 9, n. 27. Jul/2015. Disponível em: < <http://idonline.emnuvens.com.br/id>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

ALMEIDA, M. de L. de; PERES, A. M.; BERNADINO, E.; SANTOS, M. F. Egressos de uma universidade pública e perspectivas de atuação no gerenciamento de enfermagem. **Rev Rene**. v. 15, n. 6, p. 933-941, nov/dez. 2014. Disponível em: < www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1806/pdf>. Acesso em: 28 dez. 2017.

ANDRIOTTI, A. K.; AFONSO, P. G.; SILVA, V. C. A. **A vida depois da UTIN: expectativas de mães com filhos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal quanto ao seu futuro**. 2016. 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Unisalesiano *Auxilium*, Lins: São Paulo.

ANTUNES, B. S. et al. Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para a mãe. **Rev Rene**. Ceará, v. 15, n. 5, p. 796-803. set/out 2014. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/3240/324032944009/index.html>>. Acesso em: 31 out 2018.

ARIVABENE, J. C.; TYRRELL M. A. R. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Rev Lat-Am Enferm**. Ribeirão Preto: São Paulo, v. 18, n. 130, p. 130-136. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_18.pdf>. Acesso em: 25 out 2018.

AZEVEDO, R. O. et al. Profile of high-risk pregnant women hospitalized in a maternity hospital: a descriptive study. **Online Braz J Nurs**. Niterói: Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 218-225, jun 2017. Disponível em: < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5541> >. Acesso em: 31 out 2018.

BAQUIÃO, I. Trabalho de parto prematuro: fatores de risco e estratégias para sua predição e prevenção. 2011. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2941.pdf>>. Acesso em: 25 out 2018.

BARBOSA, G. M. **Considerações preliminares sobre as parteiras legalizadas pela fisicatura-mor a partir dos registros de confirmação de licenças (1808-1828)**. In: XVI Encontro Regional de História da Anpuh-Rio: Saberes de práticas científicas, 2014, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Anpuh, 2014. Disponível em: < http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400260457_ARQUIVO_TextofinalanpuhGiselle.pdf>. Acesso em: 26 out 2018.

BERRAZ, M., DENIZ, A. O., ACIKGOZ, A. Anxiety levels of mothers with newborns in a Neonatal Intensive Care Unit in Turkey. **Pak J Med Sci**. Paquistão, v. 31, n. 5, p. 1176-1181, set/out. 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4641278/>>. Acesso em: 31 out 2018.

BORTOLI, C. F. C. et al. Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal. **J Res Fundam Care Online**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 978-983, out./nov. 2017.

Disponível em: <

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5565>>. Acesso em: 25 out 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 5ª ed., 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. DATASUS. Informações de Saúde. **Nascidos Vivos**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acesso em: 31 nov 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUDIN, P. **The nursling: the feeding and hygiene of premature & full-term infants**.

Paris. Disponível em: < <https://archive.org/details/b21686701/page/n155>>. Acesso em: 26 out 2018.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto. **Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano**, 1973.

CARTAXO, L. S. et al. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 551-557, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf>>. Acesso em: 31 out 2018.

CASCAES, A. M. et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p. 1965-1974, mai. 2008. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/48116133.pdf>>. Acesso em: 31 out 2018.

CAVALCANTE, M. V. C. et al. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1683-1693, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1683.pdf>. Acesso em: 25 out 2018.

CESAR, J. et al. The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 427-436, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500008>. Acesso em: 31 out 2018.

CORRÊA, A. R. et al. As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 629-634, out./ dez. 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0629.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

COSTA, A. L. R. R. et al. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 29-34, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000100029&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 set 2018.

CRUZ, R. S. B. L. C.; CAMINHA, M. F. C.; FILHO, M. B. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 87-94, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15780>>. Acesso em: 25 out 2018.

DITZ, E. S. **A mãe no cuidado do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2009. 147 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

DUARTE, A. P. P.; ELLENZOHN, L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **R Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 521-6, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a07.pdf>>. Acesso em: 26 out 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Manual de Orientação de Gestação de Alto Risco. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2011.

FERRARESI, M. F.; ARRAIS, A. R. Perfil epidemiológico de mães de recém-nascidos admitidos em uma unidade neonatal pública. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 17, n. 6, p. 733-40, nov/dez. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/6453/4702>>. Acesso em: 31 out 2018.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARRI, B. M.; GOULART, B. N. G de. Discurso do Sujeito Coletivo: breve introdução à ferramenta de pesquisa qualitativa. **Dist rb Comum**. São Paulo, v.25, n. 1, p. 129-136, abr. 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/download/14931/11139>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

FLECK, A.; PICCININI, C. A. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. **Aletheia**, v. 40, p. 14-30, jan./abr. 2013. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a03.pdf>>. Acesso em: 25 out 2018.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O. et al. Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na UTI Neonatal. **Cienc Cuid Saúde**. Maringá: Paraná, v. 11, n. 1, p. 026-034, jan/mar. 2012. Disponível em: < <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18855>>. Acesso em: 01 nov 2018.

GONZAGA, I. C. A. et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Cienc Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1965-1974, jun. 2016. Disponível em: < <https://scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n6/1965-1974>>.

GOUDARD, M. J. F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1227-1238, abr. 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1227.pdf>>. Acesso em 16 nov. 2018.

HÜBNER, M. E. G.; RAMIREZ, R. F. Sobrevida, viabilidade y pronóstico del prematuro. **Rev Méd Chile**. Chile, v. 130, n. 8, p. 931-938, 2002. Disponível em: < https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000800015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 out 2018.

JURIE, A. C. G. M. **A vivência da puérpera com a internação do seu filho recém-nascido em uma UTI/UCI: análise a partir do estágio em serviço social no Hospital Santa Cruz**. 2016. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Serviço Social, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3>>. Acesso em: 02 nov 2018.

LEFÉVRE, F, LEFÉVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Rio Grande do Sul: Educs; 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.14, n. 4, p. 1193-1204, 2009. Disponível em: < <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/12904>>. Acesso em 27 dez. 2017.

LOHMANN, P. M. et al. O ambiente de cuidado em UTI Neonatal: a percepção dos pais e da equipe de saúde. **Destques Acadêmicos**. Lajeado: Rio Grande do Sul, v. 9, n. 3, p. 34-43, 2017. Disponível em: < <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1328/1199>>. Acesso em: 02 nov 2018.

MAIA, J. M. A.; SILVA, L. B. da; FERRARI, E. de A. S. A relação da família com crianças hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com a equipe de enfermagem. **Rec. Bahia**, v. 3, n.2, jun. / dez. 2014. Disponível em: < <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/336>>. Acesso em: 20 set. 2017.

MARÍN, D. MENÉNDEZ, C. Estres, ansiedad y depression em madres de niños com malformacion congênita mayor (MCM) internados em la UCIN del Hospital Garrahan. **Medicina Infantil**. Espanha, v. 18, n. 1, p. 10-17, mar. 2011. Disponível em:< <https://docplayer.es/74152601-Estres-ansiedad-y-depresion-en-madres-de-ninos-con-malformacion-congenita-mayor-mcm-internados-en-la-ucin-del-hospital-garrahan.html>>. Acesso em: 01 nov 2018.

MENETRIER, J. V.; ALMEIDA, G. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. **Saúde e Pesqui**. Maringá: Paraná, v. 9, n. 3, p. 433-441, set/dez. 2016. Disponível em:< <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5534>>. Acesso em: 31 out 2018.

MINAYO, M. C. de S. (Org). **Pesquisa Social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012. Biblioteca Virtual de Saúde, Brasília, 2012. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 25 out 2018.

NUNES, N. P. et al. Método Canguru: percepção materna acerca da vivência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Bras Promoç Saúde**. Fortaleza, v. 28, n. 3, p. 387-393, jul. / set. 2015. Disponível em:< <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3558/pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

OLIVEIRA, I. C. S.; RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 498-505, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a05v14n4>>. Acesso em: 26 out 2018.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI Neonatal. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-53, jan. /mar 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100007>. Acesso em: 01 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. **Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia**. Montevidéo: CLAP/SMR-OPS/ OMS, 2016.

PINHEIRO, M. S. B. et al. Infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: há influência do local de nascimento? **Rev Paul Pediatr**. São Paulo, v. 21, n. 1, 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000100002>. Acesso em: 25 out 2018.

POHLMANN, F. C. et al. Parto prematuro: abordagens presentes na produção científica nacional e internacional. **Enfermería Global**. Espanha, n. 42, p. 398-409, abr. 2016. Disponível em: < http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt_revision1.pdf>. Acesso em: 26 out 2018.

RESENDE, C. et al. Sobrevida e Sobrevida Sem Sequelas Graves no Neurodesenvolvimento em Recém-Nascidos de Extremo Baixo Peso. **Acta Pediatr Port**. Portugal, v. 47, p. 228-36, 2016. Disponível em: < <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/9727/7143>>. Acesso em: 28 out 2016.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psicol inf**. São Paulo, v.16, n.16, p. 45-69, dez. 2012. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a03.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

ROLIM, K. M. C. et al. Agravos à saúde do recém-nascido relacionados à doença hipertensiva da gravidez: conhecimento da enfermeira. **Rev Enferm Atenção Saúde**. Mato Grosso, v. 3, n. 2, p. 19-28, 2014. Disponível em: < <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1017>>. Acesso em: 31 out 2018.

SANTANA, E. F. M.; MADEIRA, L. M. A mãe acompanhante na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: desafios para a equipe assistencial. **R Enferm Cent O Min**. Minas Gerais, v. 3, n. 1, p. 475-487, jan/abr. 2013. Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/279/379>>. Acesso em: 02 nov 2018.

SANTOS, L. F. et al. Forças que interferem na maternagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Texto Contexto Enferm**. Santa Catarina, v. 26, n. 3, p. e1260016, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1260016.pdf>>. Acesso em: 02 nov 2018.

SCHMIDT, K. T. et al. Avaliação da assistência de enfermagem na Unidade Neonatal na perspectiva dos pais. **Cogitare Enferm**. Paraná, v. 15, n. 3, p. 460-6, jul/set. 2010. Disponível em: < <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18855>>. Acesso em: 01 nov 2018.

SCHOCHI, C. G. S.; FONSECA, L. M. M.; MARTINEZ, J. G. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto: São Paulo, v. 15, n. 2, p. 239-46, mar/abr. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a08.pdf>. Acesso em: 01 nov 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Manual de Neonatologia**. São Paulo, 2015. Disponível em: < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod_resource/content/1/manual_de_neonatologia.pdf>. Acesso em: 25 out 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenadoria do Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.

- SILVA, M. R. C. et al. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. **Rev. Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 792-797, dez 2013. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=27803&indexSearch=ID>>. Acesso em: 30 set. 2017.
- SOARES, L. G. et al. Enfermagem neonatal em cuidados intensivos: o olhar das famílias. **Rev. Rene**. Fortaleza. v. 15, n. 1, p. 12-21, jul. /ago. 2014. Disponível em: < <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/11608>>. Acesso em: 02 out. 2017.
- VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**. Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: < <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/viewFile/1842/1731>>. Acesso em: 26 out 2018.
- VERONEZ, M. et al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Rev Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul, v. 38, n. 2, p. e60911, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v38n2/0102-6933-rngenf-1983-144720170260911.pdf>>. Acesso em: 02 nov 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Nome:	Idade:	Naturalidade:
Endereço:		
Escolaridade:		Profissão/ Ocupação:
Estado civil:	Atividade remunerada: () Sim () Não	
Fuma: () sim () não	Álcool: () sim () não	Rede de apoio:
G P A	Idade na 1º gestação:	Nº de RN pré-termos/baixo peso:
Morte neonatal:	Natimortos:	
Tipo de partos anteriores:		
Fez tratamento para infertilidade?		Isso?
Em caso de gravidez anterior, houve algum intercorrência?		
Complicações em puerpérios anteriores?		
Quantas semanas de gestação ocorreu o parto?		
Qual o tipo de parto?		
Qual o motivo do parto prematuro (se houve)?		
Como foi o decorrer da gestação?		
Como foi sua vivencia na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?		
Como foi a sua acolhida no setor?		

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Senhora,

Estamos convidando a Senhora para participar da pesquisa intitulada “A percepção das puérperas acerca da vivência na UTI Neonatal”. Tal convite se deve ao fato de ser uma paciente puérpera com recém-nascido na UTI Neonatal e nós queremos saber qual a sua percepção sobre a vivência nesse ambiente.

Mas se a Senhora não desejar fazer parte na pesquisa, não é obrigado. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você queira que eu explique mais detalhadamente e, nesse caso, por favor, peça que pare a qualquer momento e eu explicarei. Nós iremos conversar com você e faremos algumas perguntas.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Entretanto, todas as pessoas que participarem da pesquisa serão ressarcidas caso tenha algum custo ou danos diretos/indiretos, imediatos/tardios que sejam decorrentes da participação no estudo pelo tempo que for necessário. Você terá direito a assistência integral e gratuita caso a pesquisa acarrete danos diretos/indiretos e imediatos/tardios pelo tempo que for necessário.

Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Este estudo não apresenta riscos físicos, o risco relaciona-se a quebra da confidencialidade, porém os pesquisadores comprometem-se em manter o sigilo das informações e guarda-las em local seguro onde somente a equipe de pesquisa terá acesso as informações. Como benefício, o resultado da pesquisa servirá como fonte de dados na melhoria do atendimento da clientela assistida.

Asseguramos que as informações dadas pela Senhora são segredos e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da UFMA. “Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Esse Comitê tem a

responsabilidade de assegurar a proteção das pessoas que participam das pesquisas e pode tomar decisões sobre o que ocorre com os estudos científicos que envolvem pessoas.

Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados, sendo os resultados da mesma divulgada posteriormente em eventos científicos.

Caso a Senhora concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor e rubrique em todas as páginas, juntamente com o pesquisador. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro pela pesquisadora responsável.

Informação sobre a pesquisa:

a) *Objetivo:* Compreender a percepção das mães sobre a sua vivência na UTI Neonatal.

b) *Justificativa:* O interesse por esse estudo surgiu mediante uma pesquisa sobre o possível distanciamento do díade mãe-filho quando o recém-nascido é internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e como o enfermeiro e equipe multiprofissional pode estreitar os laços entre ambos.

c) *Procedimentos que serão utilizados:* Sua participação consistirá em responder algumas perguntas sobre a experiência na UTI Neonatal como se sente nesse ambiente. A entrevista terá uma duração aproximada de 30 minutos, a qual terá que responder sobre informações pessoais, profissionais, em relação ao parto, internação do recém-nascido na UTI Neonatal, onde as falas serão previamente gravadas.

d) *Explicação dos possíveis desconfortos e riscos:* não há riscos físicos, o risco relaciona-se a quebra da confidencialidade, porém os pesquisadores comprometem-se em manter o sigilo das informações.

e) *Os benefícios esperados nessa participação:* Como benefícios, a contribuição para melhoria da assistência de enfermagem à puérpera que teve recém-nascido internado na UTI Neonatal e no maior conhecimento sobre o processo de cuidado sistemático de enfermagem.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entre em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim, pelos telefones 3272.9706 ou 991918406 ou no seguinte endereço: Departamento de Enfermagem/UFMA. Centro Pedagógico Paulo Freire, Sala 107, Asa Sul. Av. dos Portugueses, 1966. Bacanga. CEP 65080-805. São Luís – MA.

Havendo questões éticas ou denúncias relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 2109 1250 ou no seguinte

endereço: Rua Barão de Itapary nº 227, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra, 4º andar. Centro. CEP: 65020-070. São Luís – MA.

Li ou alguém leu para mim este Termo de Consentimento e fui informado(a) sobre a pesquisa “A percepção das puérperas acerca da vivência na UTI Neonatal”, de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Concordo em participar da pesquisa.

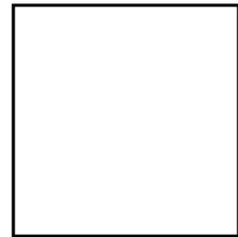
São Luís, ____ de _____ de _____

Prof.^a. Dr.^a Profa. Dra. Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim
Pesquisadora responsável

Nome completo do(a) participante

Assinatura do(a) participante

ou



Impressão dactiloscópica (para os
sem escolaridade)

Assinatura da testemunha
(para os sem escolaridade)

ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CUIDARTE UNIVERSIDADE DE SANTANDER

Si desea realizar un nuevo envío, debe registrarse en la Revista para poder hacerlo, o si ya está registrado puede simplemente identificarse con su usuario y hacer login, si tiene algún inconveniente para hacerlo, por favor comunicarlo al correo: revistaenfermeria@udes.edu.co

La Revista Cuidarte publica artículos inéditos en español, portugués e inglés, sobre temas de interés para Enfermería y las Ciencias de la Salud, que ayuden a generar nuevo conocimiento y sean útiles para la solución de problemas de Salud y que no hayan sido enviados a otras publicaciones (electrónicas o impresas). El contenido de los artículos debe cumplir con los criterios de originalidad, novedad y metodología. Cada artículo de la revista se editará exclusivamente en versión digital en la página web de la Revista Cuidarte, así como en los repositorios y bases de datos en que se encuentra indizada la Revista.

Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan la política de la Revista.

Requisitos para sometimiento a publicación de los manuscritos

Todos los artículos deben estar acompañados de los siguientes documentos:

- 1.** Declaración de originalidad del manuscrito, firmada por parte de cada uno de los autores, donde especificara que es un trabajo inédito y que no serán presentados a ningún otro medio antes de conocer la decisión de la Revista. Adicionalmente incluyen una declaración firmada donde ceden los derechos de autor y reproducción a la revista en caso de ser aceptada su publicación y también indican la contribución de cada individuo a la investigación y al manuscrito.
- 2.** Declarar si el trabajo es derivado de investigación el nombre del estudio, así como información acerca de cualquier beca o subvención recibida de parte de instituciones u organismos que hayan financiado el trabajo en que se basan los resultados presentados en el artículo.

Organización y presentación de los artículos

Los trabajos a texto completo en español, portugués e inglés deben ser de máximo 25 páginas, en Microsoft Word, tamaño carta, a espacio y medio (interlineado 1,5), sin espacios adicionales entre párrafos y títulos. Tipo de letra: Times New Roman; tamaño: 12; con márgenes de 2,5 cm en los cuatro lados.

Estructura de los artículos

Primera Hoja:

1. Título: Debe ser corto, máximo 12 palabras, usar mayúsculas solo al inicio de la oración y estar en 3 idiomas: español, portugués e inglés. No debe contener abreviaturas, paréntesis o formulas (deben emplearse términos claves que faciliten la ubicación a través de motores electrónicos de búsqueda).

2. Nombres de los autores: Deben ir después del título, se ordenan de acuerdo al grado de participación en elaboración del artículo. Se incluyen los nombres y apellidos completos, filiación institucional, ciudad, país, email de cada uno de los autores seguido del código ORCID <https://orcid.org/> de cada autor e indicando el autor de correspondencia. Deben estar en el mismo orden en que aparecen e la declaración de originalidad y autoría.

3. Información sobre financiación: Entidad o entidades financiadoras y nombre del proyecto asociado en el cual se basa el artículo. (Solo si aplica)

Segunda Hoja:

4. Resumen: El trabajo debe incluir un resumen estructurado (Introducción, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones) en 3 idiomas: español, portugués e inglés, cada uno de no más de 250 palabras. No se permite el uso de referencias ni se recomienda la inclusión de siglas o acrónimos en los resúmenes. Si los datos han sido depositados en un repositorio público, los autores deberían declarar al final del resumen el nombre de la base de datos y el nombre y el número del repositorio.

5. Palabras clave: De tres a cinco palabras clave; son los conceptos clave y articuladores del

desarrollo del artículo. Deben presentarse en 3 idiomas: español, portugués e inglés, directamente relacionados con el tema presentado en el artículo. Deben estar inscritas en los Descriptores em Ciencias de la Salud (DeCS), de Bireme.

Tercera Hoja en Adelante:

6. Texto o cuerpo del trabajo: El desarrollo y estructura del artículo dependen del tipo de artículo y sección a la que se destinará.

Los trabajos que se presenten para publicación, en especial, artículos de Investigación e Innovación, deben seguir el formato IMRED: Introducción, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones.

Introducción. En ella tiene como objetivo contextualizar al lector sobre el contenido del artículo, y se debe incluir en ésta los objetivos del estudio o la hipótesis examinada por el estudio o la observación. Cite sólo las referencias pertinentes y no incluya datos o conclusiones del trabajo que está siendo presentado.

Materiales y Métodos. Se deben describir el diseño del estudio, las características de la población en la cual se realizó, los grupos que se conformaron y la forma en cómo se llegó a su construcción, se describen todas las técnicas y los elementos que se utilizaron durante la realización del trabajo, la selección y descripción de los participantes. Se deben describir los métodos y/o estrategias para llegar a los resultados y a su interpretación. Especifique software estadístico y las versiones usadas.

Resultados. Se deben presentar de manera lógica y cronológica los resultados obtenidos al aplicar los métodos de que se describieron en el ítem anterior, para esto se pueden utilizar un máximo de 6 tablas, figuras y/o gráficos. No repita todos los datos de las tablas o figuras en el texto, destaque o resuma sólo las observaciones más relevantes.

Discusión. Describa brevemente los principales resultados y explore sus posibles mecanismos o explicaciones. Se debe realizar una interpretación de los resultados descritos y recalcar aspectos nuevos e importantes descritos en el artículo y además comparar estos resultados con otros estudios. Cuando corresponda, hay que discutir la influencia o asociación de las variables, tales como sexo y/o género, sobre los resultados así como la limitación de los datos.

No repita detalladamente datos u otra información dada en otras partes del manuscrito, como en la Introducción o la sección de Resultados.

Conclusiones. En esta sección se expresan las opiniones y los conceptos, sustentados en los resultados, a los que llegan después de realizar la discusión. Evite reclamar prioridad o aludir a que el trabajo no ha sido completado. Declare nuevas hipótesis cuando estén justificadas, pero dejando claro que se trata de hipótesis.

7. Las Tablas y Figuras. Un máximo de seis (6) tablas y/o figuras. Deben llevar la numeración, un título corto, preciso y citar la fuente o aclarar si es una elaboración propia. Verifique que cada tabla está citada en el texto. Las explicaciones se deben colocar en notas a pie de tabla, no en su título. Explique todas las abreviaturas en notas a pie de página y use símbolos para explicar la información si es necesario. Las imágenes digitales de las ilustraciones deben ser presentadas en un formato que se vea claramente y permita su posterior maquetación. Las figuras deben ser tan auto-explicativas como sea posible. Los títulos y explicaciones detalladas se incluirán en las leyendas no sobre las propias ilustraciones.

8. Aspectos Éticos. Esta revista sigue las recomendaciones del Comité de Ética en Publicación (COPE) sobre buenas prácticas en la ética de publicación. Cuando la publicación implique el contacto con seres humanos, particularmente durante experimentos, se debe indicar los procedimientos realizados acorde a los estándares del Comité de Ética que avaló el trabajo, la Declaración de Helsinki, las Guías de las Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional de Armonización y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, se recomienda al autor (autores) revisar: las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación e Salud de la Resolución 008430 del 04 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia. En todo caso, al final de la sección de materiales y métodos debe informarse el tipo de consentimiento informado que se obtuvo y el nombre del Comité de Ética que aprobó el estudio.

9. Declaración de Conflictos de Intereses. Los autores deben informar expresamente al final del manuscrito si durante el desarrollo de trabajo existieron o no conflictos de interés y declarar las fuentes de financiación si fuera el caso.

10. Referencias Bibliográficas. Indican las fuentes originales de los conceptos, los métodos y las técnicas a los que se hace referencia en el texto y que provienen de investigaciones, estudios y experiencias anteriores. Se citan con números consecutivos en superíndice según el orden de aparición en el texto. Los resúmenes no se utilizarán como referencias. Las referencias se incluyen y enumeran al final de artículo, siguiendo el formato Vancouver todos los artículos publicados en formato electrónico deben tener el respectivo doi.

Artículos en revistas (journals)

Artículo estándar. Torres CC, Páez AN, Rincón L, Rosas D, Mendoza EP. Reproducibilidad del cuestionario: calidad de cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados. *Rev Cuid.* 2016; 7(2): 1338-44. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.339>

Más de seis autores. Cañón W, Agudelo N, Manosalva J, Rincón F, Rivera LN, Parra M, et al. Critical care nursing in Colombia: the formation of a new critical care nursing association. *CONNECT: The World of Critical Care Nursing.* 6(3): 51-3.

Autor colectivo (el autor es un equipo). Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002; 40(5): 679-86.

No se menciona el autor. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002; 325 (7357): 184.

Suplemento de volumen. Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache.* 2002; 42 Suppl 2: S93-9.

Parte de un volumen. Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal.* 2002; 83(Pt 2): 491-5.

Parte de un número. Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol.* 2002; 13(9 Pt 1): 923-8.

Número sin volumen. Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop.* 2002; (401): 230-8.

Sin volumen ni número. Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Care Action 2002 Jun: 1-6.

Páginas en números romanos. Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics.* 2002; 16 (2): iii-v.

Indicación del tipo de artículo cuando sea necesario. Tor M, Turker H. International approaches to the prescription of long-term oxygen therapy [letter]. *Eur Respir J* 2002; 20 (1): 242. (N. del T: en español [carta]) Lofwall MR, Strain EC, Brooner RK, Kindbom KA, Bigelow GE. Characteristics of older methadone maintenance (MM) patients [abstract]. *Drug Alcohol Depend* 2002; 66 Suppl 1: S105. (N. del T.: En español [resumen]).

Libros y otras monografías

Autores individuales. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): *Delmar Publishers*; 1996.

Editor (es). Norman IJ, Redfern SJ editors. Mental health care for elderly people. New York: *Churchill Livingstone*; 1996.

Capítulo de libro. Williams GF, Fulbrook PR, Alexandrow AW, Cañón-Montañez W, Halisu-Kabara H, Chan D. Intensive and Critical Care Nursing Perspectives. In: Gullo A, Besso J, Lumb PD, Williams GF, editors. Intensive and Critical Care Medicine. WFSICCM World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Milan: *Springer Verlag*; 2009. p. 119-32.

Organización(es) como autor. Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.

Memorias de conferencias o eventos académicos

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: *Elsevier*; 1996.

Material Electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on line] 1995 Jan- Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Available from: URL: <http://stacks.cdc.gov/view/cdc/15254>.

Capacitación y desarrollo de los recursos humanos. Capítulo 7: Principios de aprendizaje. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-capacitacion-desarrollo-recursos-humanos/principios-aprendizaje> Consulta: Enero 30, 2010.

La forma de citar un trabajo publicado bajo el modelo de publicación continua

Autores. Título. Revista. Año; Volumen: Día y Mes. Número de páginas precedidos de la letra e. doi

Si no tienen volumen: Apellidos e inicial de los autores. Título del trabajo. Nombre abreviado de la revista. Año; día y Mes de la fecha de publicación y doi.

Secciones de la revista y tipos de artículos

Se tuvieron en cuenta las pautas y las recomendaciones para la preparación, presentación, edición y publicación del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICJME por sus siglas em inglés)

Artículos de investigación e innovación. Documento que presenta la producción original e inédita, resultado de procesos de investigación. En ningún caso se aceptará como <<artículos de investigación e innovación contribuciones como publicaciones no derivadas de investigación, resúmenes, comunicaciones o congresos, reseñas de libros, noticias o traducciones de artículos ya publicados em otro medio.

- Para estudios observacionales se recomienda. Checklist de STROBE.
- Para investigación cualitativa se recomienda. COREQ.

Recomendación para publicación de ensayos clínicos. La Revista Cuidarte apoya las políticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) para el registro de los ensayos clínicos, reconociendo la importancia de estas iniciativas para el registro y divulgación internacional de información sobre ensayos clínicos en acceso abierto.

Por lo tanto, la Revista Cuidarte sólo aceptará para su publicación, los artículos de investigación que hayan recibido un número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados y reconocidos por los criterios establecidos por la OMS y el ICMJE. El número o código del registro del ensayo clínico debe ser colocado al final del resumen del artículo en la segunda hoja.

- Para ensayos clínicos aleatorizados la revista recomienda seguir la guía CONSORT

Artículos de revisión sistemática. Son revisiones sistemáticas de la literatura científica. Se refiere a estudios detallados, selectivos y críticos que tratan de analizar la información esencial de los estudios primarios de investigación sobre un problema de salud específico, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar un cuidadoso análisis basado en una revisión bibliográfica estructurada, con aplicación de criterios de calidad y evaluación de los artículos seleccionados. Se diferencia de un artículo de meta-análisis en que en estos últimos los autores presentan una síntesis razonable con un análisis estadístico de los resultados encontrados e los estudios. Revisa y examina ampliamente la bibliografía pertinente, la sitúa en cierta perspectiva, y presenta tendencias y avances. Ambos casos implican una rigurosa y amplia revisión bibliográfica.

- En el caso de las Revisiones sistemáticas se seguirá la Declaración PRISMA.

Reportes de caso. Revisión y presentación de casos de interés para enfermería y las ciencias de la salud. Incorpora, además, una revisión y presentación de casos similares.

- Para reporte de casos guía CARE.

Cartas al editor. Posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la revista, que a juicio del Comité editorial constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia.

Editorial. Documento escrito por el editor, un miembro del comité editorial o un investigador invitado sobre temas de actualidad e interés científico y/u orientaciones en el dominio temático de la revista.

ANEXO B

PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA COMIC HUUFMA

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA COMISSÃO CIENTÍFICA – COMIC – HUUFMA
PARECER DE AUTORIZAÇÃO		
Financiamento	Finalidade do projeto	
<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Fomento Público Nacional <input type="checkbox"/> Fomento Público Internacional <input type="checkbox"/> Fomento Privado Nacional / Ind. Farmacêutica <input type="checkbox"/> Fomento Privado Internacional / Ind. Farmacêutica	<input checked="" type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Residência Multiprofissional <input type="checkbox"/> Residência Médica <input type="checkbox"/> Residência Buco Maxilo <input type="checkbox"/> Iniciação Científica <input type="checkbox"/> Dep. Acadêmico <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Serviço/HU-UFMA <input type="checkbox"/> Outros/ Multicêntrico	Nº do Protocolo: 23523000334/2018-17 Data de Entrada: 23/01/2018 Nº do Parecer: 16/2018 Parecer: APROVADO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Título: A PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS ACERCA DA VIVÊNCIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL		
Pesquisador Responsável: Isaura Leticia Teixeira Palmeira Rolim		
Maior Titulação: Doutorado		
Equipe Executora: Thalita Dos Santos Costa		
Unidade onde será realizado: <input type="checkbox"/> HUPD <input checked="" type="checkbox"/> HUMI <input type="checkbox"/> CEPEC <input type="checkbox"/> Biobanco <input type="checkbox"/> Anexos		
Sector de realização: Alojamento Conjunto-ALCON		
Cooperação estrangeira: <input type="checkbox"/>	Multicêntrico: <input type="checkbox"/>	Coparticipante: <input type="checkbox"/>

II - OBJETIVOS**- Geral:**

Compreender a percepção das mães sobre a sua vivência na UTI Neonatal.

- Específicos:

Conhecer os sentimentos que permeiam a puérpera durante a internação do recém-nascido na UTI Neonatal;

Descrever a relação e assistência prestada às puérperas pela equipe multiprofissional durante a internação do recém-nascido na UTI Neonatal.

III – CRONOGRAMA: Início da coleta: Junho/2018

Final do estudo: Julho/2018

IV - NÚMERO ESTIMADO DA AMOSTRA: 12

V - RESUMO DO PROJETO: O processo de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal configura-se como fator estressor e frustrante para as mães. A adaptação ao novo contexto é individual e cada pessoa possui um nível de enfrentamento. Objetivo: Compreender a percepção das mães sobre a sua vivência na UTI Neonatal. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado nas dependências do Alojamento Conjunto – ALCON - do Hospital Universitário da Unidade Materno Infantil. Os critérios de inclusão serão puérperas, com idade superior a 18 anos, internadas no alojamento conjunto do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil, cujos recém-nascidos estejam sob cuidados especializados na UTI Neonatal, e que aceitem participar da pesquisa, e que apresentem condições físicas e emocionais para a entrevista. A amostra será em média 12 participantes. Será realizada uma entrevista

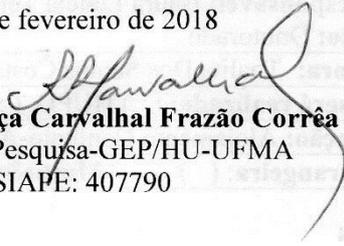
semiestruturada, onde o roteiro terá dados socioeconômicos, dados gineco-obstétricos, dados sobre causa da prematuridade e/ou internação na UTI Neonatal, ainda terão duas questões norteadoras. A coleta de dados será realizada no período de junho a julho de 2018 após aprovação do projeto em Comitê de Ética em Pesquisa. As falas serão organizadas, transcritas e analisadas. A técnica de análise de dados será Discurso do Sujeito Coletivo. Recurso Próprio.

VI – PARECER: Aprovado

A aprovação representa a autorização para a coleta de dados no âmbito do HU-UFMA, fundamentado na Resolução 001/CAHU/UFMA De 03 de agosto de 2007, entretanto **o início da coleta de dados** está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HU-UFMA **em atendimento à Resolução CNS nº 466/12** e suas complementares, considerando que os aspectos éticos não são avaliados pela COMIC.

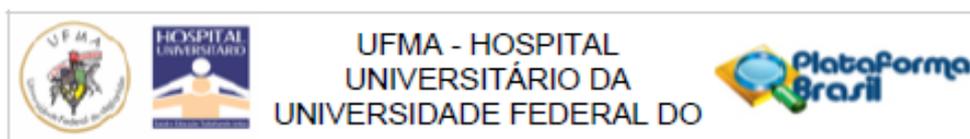
Após o término da pesquisa, o pesquisador deverá encaminhar o relatório final (resumo, cópia em CD) à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP-HU-UFMA).

São Luís, 07 de fevereiro de 2018


Prof. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Gerente de Ensino e Pesquisa-GEP/HU-UFMA
Matrícula SIAPE: 407790

ANEXO C

PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO CEP/HUUFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS ACERCA DA VIVÊNCIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86320218.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.652.121

Apresentação do Projeto:

Introdução:

A vida é composta por vários ciclos que possuem suas particularidades, ocorrendo mudanças fisiológicas, sociais e psicológicas. Nas mulheres, em determinado momento, essas alterações influenciam na formação de sua identidade social e conseqüentemente na qualidade de vida (SILVA et al., 2013). O processo do gestar traz novos desafios e adaptações, além de uma mudança brusca no estilo de vida, já que há elevação do papel social da mulher, que agora é vista como mãe. Gestação é um processo biológico natural e como tal, a maior parte transcorre sem complicações. As mudanças psicossociais e biológicas que ocorrem podem afetar a adaptação da gestante à sua nova condição, levando a implicações na saúde da mulher e do feto (SILVA et al., 2013). Alguns fatores podem ser desencadeantes para que uma gestação evolua com riscos para o diáde mãe-filho. Nesse contexto, envolvem idade materna, história gestacional anterior, presença de patologias prévias ou que surgem no decorrer da gravidez, hábitos de vida, etc. A gestação de risco está presente em 20% do número total de gestantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Junto com o diagnóstico de uma gravidez de risco vem o medo da morte, expectativas sobre a evolução da gravidez, a culpa por não conseguir direcionar a gestação de forma saudável, uma possível internação do bebê em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e diversas situações que elevam os níveis de ansiedade. Portanto, faz-se necessário que a mulher sinta-se acolhida e segura diante da equipe multiprofissional, que deverá cuidar de forma holística, suprimindo as

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

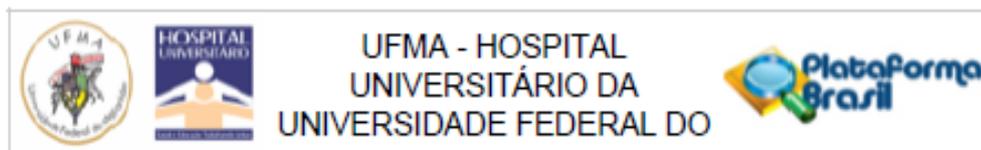
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.652.121

necessidades reais de saúde da gestante (SILVA et al., 2013). O fato de ser gestante de risco pode alterar as condições de parto, nascimento e adaptação do recém-nascido. E o desfecho desse tipo de gravidez algumas vezes leva ao parto prematuro que é caracterizado pela ocorrência antes de 37 semanas completas de gestação contadas a partir do primeiro dia da última menstruação. O recém-nascido prematuro está envolto em riscos, já que o desenvolvimento intrauterino foi interrompido e os seus órgãos podem não apresentar a sua funcionalidade completa, necessitando assim de um cuidado mais especializado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). No contraponto da situação descrita acima, há a gravidez de risco habitual que transcorre sem quaisquer intercorrências e um número mínimo evolui para o nascimento de um filho prematuro e/ou de risco (OLIVEIRA et al., 2013). O parto e o puerpério podem significar a concretização de todos os medos das mulheres em relação à saúde do bebê e serem exacerbados quando o mesmo é encaminhado à UTIN. O processo de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal configura-se como fator estressor e frustrante para as mães. A adaptação ao novo contexto é individual e cada pessoa possui um nível de enfrentamento (OLIVEIRA et al., 2013). Na perspectiva do cuidado especializado, a UTIN surge como uma esperança de reduzir a mortalidade neonatal através da oferta de sobrevivência (SILVA, 2013). O objetivo dessa unidade é salvar a vida do recém-nascido que tem risco de morte, aliando a tecnologia e o conhecimento técnico-científico, para otimizar o atendimento aos mesmos, favorecendo o desenvolvimento e recuperação clínica e, por conseguinte ampliando as chances de reabilitação (SOARES, 2014). A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um ambiente de cuidados intensos, de temperatura fria, de forte luminosidade, com sofisticados equipamentos e traumatizante na visão do indivíduo que tem algum ente querido neste local. A separação física causada pela internação desfaz toda a expectativa em torno do nascimento, trazendo desapontamentos, culpa, medo da morte e pode levar a um distanciamento do díade mãe-filho. Nessa fase é necessária a atuação multiprofissional, atendendo as necessidades do recém-nascido em cuidados intensivos e estender o cuidado à mãe (SOARES, 2014). O espaço da UTIN é fechado e normalmente a entrada dos pais é permitida somente no horário de visitas, não há uma permanência contínua dos pais junto ao bebê. Este local torna os sentimentos ambíguos, pois ao mesmo tempo em que é um local de esperança, torna-se um ambiente de medo. A esperança vem pelo conhecimento de ser um local que está preparado para assistir o bebê e recuperá-lo o mais rápido possível, e o medo por conhecer a situação de risco em que a criança se encontra (SOARES, 2014). Segundo Maia, (2014), ao longo dos anos a assistência ao recém-nascido passou por mudanças. Hoje a filosofia é o cuidado centrado na família (CCF), o suporte à mesma, a participação ativa dos pais nos cuidados

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

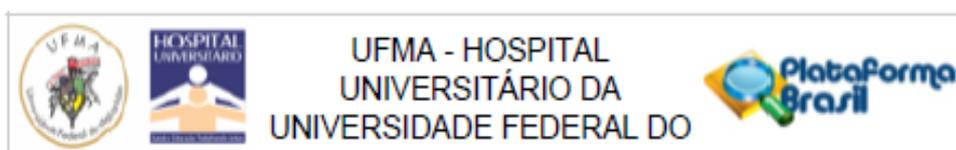
Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



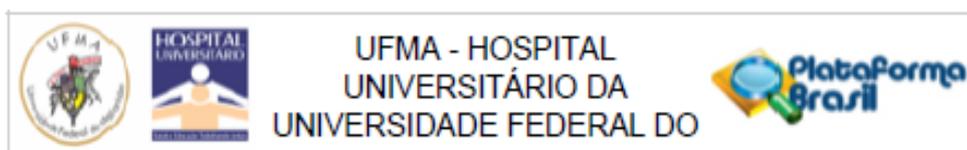
Continuação do Parecer: 2.652.121

diretos com o bebê e decisões acerca do futuro do filho. Portanto, o serviço de Neonatologia deve priorizar essa nova forma de cuidar para que seja possível estabelecer vínculos mãe-filho. Portanto, a assistência ao díade mãe-filho deve ser holística e os profissionais precisam compreender o problema, preparar e realizar a assistência focada na formação de elos. Observando e obedecendo as particularidades de cada sujeito envolvido, respeitando as crenças e heranças culturais de cada mãe. A assistência deve ter como base o conhecimento das reações maternas, sentimentos, significados, hábitos, valores e costumes (SOARES, 2014). O cuidado materno deve ser promovido e fomentado pela equipe multiprofissional de forma a levar essa mãe a participar das decisões sobre condutas terapêuticas que o bebê será submetido. Mesmo que esse empoderamento materno cause desconfortos na equipe, esse envolvimento redefine o papel da mãe frente ao seu filho. Há uma nova visão dessa mulher sobre a fragilidade que foi exposta anteriormente e mostra a sua posição mais assertiva em relação ao seu filho, pois ela passa a assumir seu lugar, maternando e possibilitando a formação do vínculo familiar e afetivo (NUNES, 2015). Nesse sentido, a enfermagem tem como foco a recuperação do recém-nascido através das práticas do cuidado e estas devem ser direcionadas também à mãe. Possuindo características de troca e empatia baseadas no acolhimento. O suporte ofertado às progenitoras deve ser feito a cada visita e fornecimento de novas informações acerca do real estado que o recém-nascido se encontra, para que elas participem ativamente do tratamento e aprendam quais os cuidados o bebê necessitará pós-alta (SOARES, 2014).

Hipótese:

O interesse por esse estudo surgiu mediante o estudo de uma pesquisa sobre o possível distanciamento da díade mãe-filho quando o recém-nascido é internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e como o enfermeiro e equipe multiprofissional pode estreitar os laços entre ambos. Partindo-se do pressuposto que durante o processo de hospitalização do recém-nascido na UTIN, o acolhimento das puérperas no setor deve estar alicerçado na valorização da mulher, na escuta sensível, na promoção do conforto físico e emocional, surgem os seguintes questionamentos: Quais sentimentos essa mãe vivenciou frente aos acontecimentos com o seu filho internado? Como foi a acolhida dessa mãe na UTIN frente aos seus medos, inseguranças e angústias? Por conseguinte, essa pesquisa tem como objetivo investigar a percepção das mães sobre a sua vivência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. É importante a discussão sobre a temática no âmbito acadêmico para guiar e nortear sobre práticas de cuidados humanizados alicerçados no acolhimento, dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e como melhorar a

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.652.121

aplicação de tais práticas na díade mãe-filho a partir da ótica de um dos receptores desse cuidado.

Metodologia Proposta:

Estudo descritivo com abordagem qualitativa que se propôs a obter informações de natureza subjetiva que não podem ser quantificados. Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa responde questões muito particulares, portanto, propõe-se a observar os aspectos subjetivos da realidade vivida. Trata-se de um estudo realizado nas dependências do Alojamento Conjunto – ALCON - do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, localizado na Rua dos Prazeres – 215, Centro – São Luis – MA.A população do estudo é composta por puérperas internadas no alojamento conjunto e que tem recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil. A coleta de dados será realizada considerando os critérios de inclusão, exclusão e o critério de saturação.Segundo Minayo (2012), na pesquisa qualitativa a amostra é aleatória, mas a ideal é aquela que abrange o conjunto das várias dimensões, considerando às convergências e divergências da abordagem. A escolha da amostra será de forma aleatória, a partir de consulta realizada nos prontuários das mulheres internadas.Os critérios de inclusão serão puérperas, com idade superior a 18 anos, internadas no alojamento conjunto do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil, cujos recém-nascidos estejam sob cuidados especializados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e que aceitem participar da pesquisa, e que apresentem condições físicas e emocionais para a entrevista. Por critérios de exclusão serão puérperas portadoras de doença mental, ou portadoras de problemas na fala. A amostra será definida durante a coleta de dados através do critério de saturação, segundo o qual as entrevistas serão suspensas quando os discursos, concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos apresentarem regularidades de informações. De acordo com Silverman (2009) esta condição é critério de suficiência de amostra na pesquisa qualitativa.Será realizada uma entrevista semiestruturada onde o roteiro terá dados socioeconômicos, gineco-obstétricos,causa da prematuridade e/ou internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e duas questões norteadoras: como foi sua vivencia na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? Como foi a sua acolhida no setor? As entrevistas serão gravadas com aquiescência das participantes e posteriormente transcritas na íntegra e submetidas à análise.A coleta de dados será realizada no período de junho a julho de 2018 após aprovação do projeto em Comitê de Ética em Pesquisa. No primeiro momento será feito o convite para o paciente participar do estudo, explicando os objetivos, riscos e benefícios. Se aceitarem participar do estudo, serão entregues duas vias dos Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

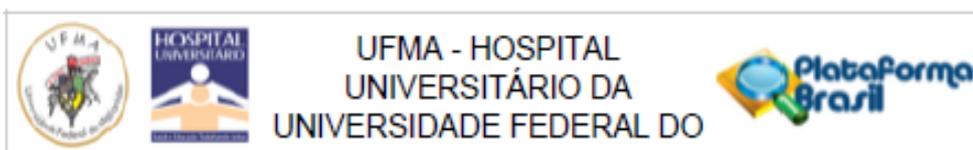
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.652.121

esclarecido.

Esclarecido (TCLE), com a finalidade de documentar o aceite da participação. No segundo momento será agendado dia e horário para realização da entrevista. As entrevistas serão gravadas e depois transcritas literalmente. A coleta de dados será realizada pelas pesquisadoras. As entrevistas individuais acontecerão no alojamento conjunto do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil. As falas serão organizadas, transcritas e analisadas. A técnica de análise de dados será Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Segundo Lefevre Lefevre (1990), a análise do DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, com fundamento nas representações sociais, associadas as opiniões dos indivíduos no cotidiano. É um conhecimento elaborado socialmente, partilhado de uma realidade comum (ALMEIDA, 2014). A pesquisa obedecerá às recomendações da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), referente a estudos envolvendo seres humanos, onde se ressalta a garantia do sigilo da identidade, liberdade para participar ou não da pesquisa. Não haverá a utilização de métodos invasivos para a coleta dos dados estudados.

Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão serão puérperas, com idade superior a 18 anos, internadas no alojamento conjunto do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil, cujos recém-nascidos estejam sob cuidados especializados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e que aceitem participar da pesquisa, e que apresentem condições físicas e emocionais para a entrevista.

Critério de Exclusão:

Por critérios de exclusão serão puérperas portadoras de doença mental, ou portadoras de problemas na fala.

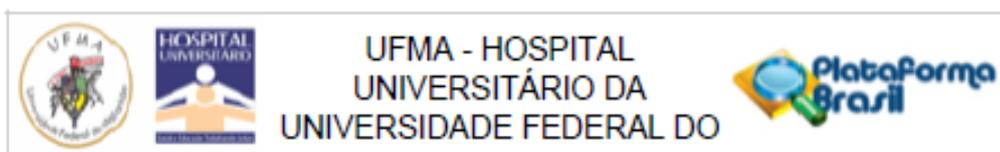
Metodologia proposta.

Metodologia de Análise de Dados:

As falas serão organizadas, transcritas e analisadas. A técnica de análise de dados será Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Segundo Lefevre Lefevre (1990), a análise através do Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, e tem como fundamento a teoria da Representação Social. As representações sociais estão associadas as opiniões dos indivíduos no cotidiano. É um conhecimento elaborado socialmente, partilhado de uma realidade comum à sociedade (ALMEIDA, 2014).

O DSC é um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA Município: SAO LUIS	
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.852.121

de procedimentos sistemáticos e padronizados que agrega depoimentos sem reduzi-los a quantidade. Esta técnica de pesquisa permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos (ALMEIDA, 2014).

A técnica do DSC é a análise do material verbal coletado, e que a fonte principal de informações é o depoimento. Os discursos são compostos pelas Idéias Centrais ou Ancoragens e as suas respectivas Expressões Chave. Com a junção destas, compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os DSC (FIGUEIREDO, 2013).

Segundo Figueiredo (2013), a Idéia Central (IC) é um nome que descreve precisamente o sentido em cada uma das respostas analisadas e cada conjunto de Expressão Chave (EC) e que posteriormente dará origem ao DSC. As expressões chave (ECH) são fragmentos do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso.

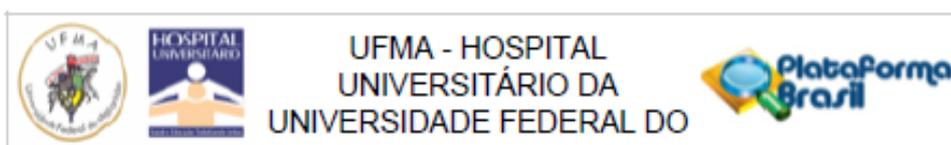
Nem sempre uma Expressão Chave irá remeter apenas a Idéia Central, mas também a Ancoragem (AC), conhecida como uma teoria ou ideologia enraizada no discurso do indivíduo como se fosse uma afirmação sem valor (FIGUEIREDO, 2013).

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular resultante da reunião de expressões-chave que têm idéias centrais ou ancoragens semelhantes ou complementares. A esse respeito Lefevre Lefevre e Marques, 2009 declara: Estes conteúdos de mesmo sentido, reunidos num único discurso, por estarem redigidos na primeira pessoa do singular, buscam produzir no leitor um efeito de "coletividade falando"; além disso, dão lugar a um acréscimo de densidade semântica nas representações sociais, fazendo com que uma idéia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo "encorpado", desenvolvido, enriquecido, desdobrado. (p.1194).

Reconhecidas tais figuras metodológicas, os dados serão interpretados e reunidos em um discurso único, que representa a percepção da puérpera sobre a internação do RN na UTI Neonatal. A partir da leitura e análise dos dados, emergirão as unidades temáticas consideradas relevantes para este estudo. Construção dos discursos se dará através da identificação das EC e suas IC. A partir da identificação desses elementos será formado para cada pergunta um Discurso do Sujeito Coletivo, identificados por ordem crescente em algarismos romanos (DSC I, DSC II, DSC III, etc.). Segundo Lefrêve (2005):

O Discurso coletivo é uma síntese do coletivo escrito em primeira pessoa do singular composto pelas expressões-chave e ideias centrais que tem como intuito tornar real a opinião ou ideia de várias pessoas sobre um determinado tema convergido em um mesmo pensamento, levando em

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.652.121

consideração a coerência na união dos discursos, o posicionamento original e específico daquele tema e observado o critério de distinção quando uma pergunta (p.56).

Objetivo da Pesquisa:

O pesquisador refere:

Objetivo Primário

Compreender a percepção das mães sobre a sua vivência na UTI Neonatal.

Objetivo Secundário

Conhecer os sentimentos que permeiam as puérperas durante a internação do recém-nascido na UTI Neonatal; Descrever a relação e assistência prestada às puérperas pela equipe multiprofissional durante a internação do recém-nascido na UTI Neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador:

Riscos

Este estudo não apresenta riscos físicos, o risco relaciona-se a quebra da confidencialidade, porém os pesquisadores comprometem-se em manter o sigilo das informações e guarda-las em local seguro onde somente a equipe de pesquisa terá acesso as informações.

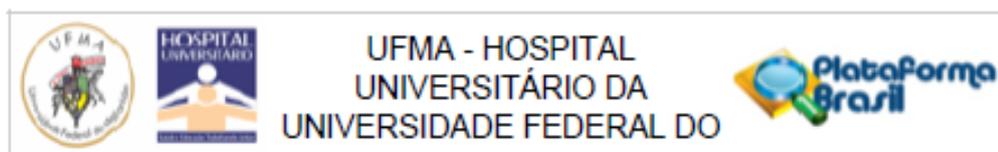
Benefícios

Como benefício, o resultado da pesquisa servirá como fonte de dados na melhoria do atendimento da clientela assistida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante cientificamente em virtude das informações que serão gerada. O processo de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal configura-se como fator estressor e frustrante para as mães. a adaptação ao novo contexto é individual e cada pessoa possui um nível de enfrentamento. Objetivo: Compreender a percepção das mães sobre a sua vivência na UTI Neonatal. Metodologia: Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado nas dependências do Alojamento Conjunto - ALCON - do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil. Os critérios

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227		CEP: 65.020-070	
Bairro: CENTRO	Município: SAO LUIS		
UF: MA	E-mail: cep@huufma.br		
Telefone: (98)2109-1250			



Continuação do Parecer: 2.652.121

de inclusão serão puérperas, com idade superior a 18 anos, internadas no alojamento conjunto do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil, cujos recém-nascidos estejam sob cuidados especializados na UTI Neonatal, e que aceitem participar da pesquisa, e que apresentem condições físicas e emocionais para a entrevista. A amostra será em média 12 participantes. Será realizada uma entrevista semiestruturada onde o roteiro terá dados socioeconômicos, dados gineco-obstétricos, dados sobre a causa da prematuridade e/ou internação na UTI Neonatal, ainda terão duas perguntas norteadoras. a coleta de dados será realizada no período de junho a julho de 2018 após a aprovação do projeto em Comitê de ética em Pesquisa. As falas serão organizadas, transcritas e analisadas. a técnica de análise será Discurso do Sujeito Coletivo. É importante a discussão sobre a temática no âmbito acadêmico para guiar e nortear sobre práticas de cuidados humanizados alicerçados no acolhimento, dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e como melhorar a aplicação de tais práticas na dia a dia de mãe-filho a partir da ótica de um dos receptores desse cuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

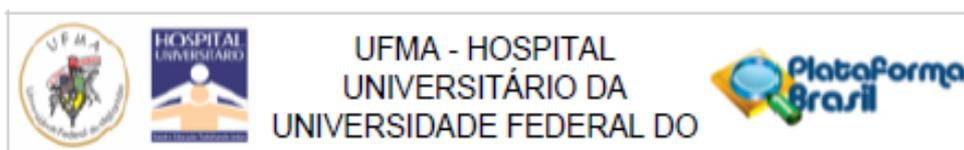
Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227		CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	Município: SAO LUIS	
UF: MA		
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br	



Continuação do Parecer: 2.652.121

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1091823.pdf	05/05/2018 15:45:53		Aceito
Outros	cartarespostaparecer.pdf	05/05/2018 15:44:25	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	05/05/2018 15:36:49	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	05/05/2018 15:36:01	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/05/2018 15:35:03	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Outros	termo_anuencia.jpg	06/04/2018 19:11:38	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso.jpg	06/04/2018 19:11:17	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Folha de Rosto	img003.pdf	22/03/2018 16:44:07	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Declaração do Patrocinador	resp_finan.jpg	22/03/2018 16:09:09	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

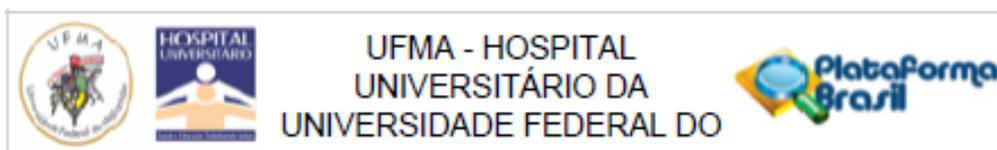
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.652.121

Declaração de Instituição e Infraestrutura	img024.jpg	22/03/2018 16:05:09	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	img023.jpg	22/03/2018 16:03:55	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	22/03/2018 15:51:31	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 14 de Maio de 2018

Assinado por:
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO D

PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO COLEGIADO DE CURSO DE ENFERMAGEM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: A percepção das puérperas acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal
2. ALUNO(A): Thalita dos Santos Costa
3. ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim
4. INTRODUÇÃO: adequada
5. JUSTIFICATIVA: adequada
6. OBJETIVOS: adequados
7. PROCESSO METODOLÓGICO: adequado
8. CRONOGRAMA: adequado
9. TERMO DE CONSENTIMENTO: adequado
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: adequada
11. CONCLUSÃO DO PARECER: aprovado

São Luís, 19 de 03 de 2018

Angela P. do Bastos
Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 1/1/2018
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 19/03/2018
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 04/04/2018

Profª Drª Leila Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem

Profª Drª Leila Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem