

Faculdade Pernambucana de Saúde
Programa Institucional de Iniciação Científica - PIC/FPS

TEONILA PAULA DE ARAÚJO LUNA

Relatório submetido em forma de
artigo como parte dos requisitos para
conclusão do Programa de Iniciação
Científica PIC/FPS.

Recife, agosto de 2014

Título do trabalho: FATORES ASSOCIADOS À PERMANÊNCIA DAS MÃES NO ACOMPANHAMENTO DE SEUS FILHOS EM UMA UNIDADE NEONATAL DE ALTO RISCO: UM ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL

Título em inglês: FACTORS ASSOCIATED TO THE MOTHER'S PERMANENCY IN THE ACCOMPANYING OF THEIR CHILD IN A HIGH RISK NEONATAL UNIT: A CROSS SECTIONAL STUDY

Autores:

Teonila P. A. Luna ^{1,2*} Mônica M. C. Moraes ^{1,2**} Taciana D. A. Braga ^{1,2***} Matheus B. M. C. Oliveira ^{1,2} Priscila C. S. Batista ^{1,2}

Afiliações e endereços dos autores:

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP. Rua dos Coelhos nº300, Boa Vista Recife CEP: 50.070-550

² Faculdade Pernambucana de Saúde. Av. Jean Emile Favre, nº 422 Imbiribeira - Recife – PE CEP: 51.200-060

* Bolsista de Iniciação Científica

** Tutora e coordenadora da integração da Faculdade Pernambucana de Saúde - Orientadora de Iniciação Científica

*** Coordenadora do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - Coorientadora de Iniciação Científica

RESUMO:

Objetivos: Avaliar o perfil das mães acompanhantes em uma unidade neonatal de alto risco e os fatores associados à sua permanência na unidade.

Método: Estudo de corte transversal, com 132 mãe acompanhantes em Unidade neonatal de alto risco na cidade do Recife, de fevereiro a junho de 2014. Utilizado formulário estruturado, sobre aspectos sociodemográficos, antecedentes obstétricos, rotinas maternas e participação nos cuidados com o seu filho.

Resultados: Cerca de 40% das mães permaneciam menos de 2 horas ao dia ao lado do seu filho e 35,6 % nunca participaram dos seus cuidados. A maioria (131/132) considerava-se capaz para esse cuidado após a alta. Crença religiosa, esteve associada a maior tempo de permanência por dia ao lado do neonato, ($p=0,02$). Não foi identificada associação entre escolaridade, crença religiosa, problemas na gestação, hospedagem na casa de apoio, assistência psicológica e quantidade de filhos com a participação das mães nos cuidados ao RN.

Conclusão: A crença religiosa esteve associada à presença da mãe, mas a participação materna nos cuidados ao RN necessita ser mais efetivamente estimulada. Mais estudos são necessários para avaliar o acolhimento das mães em unidade neonatal de alto risco estimulando novas alternativas para uma maior participação dessas no cuidado ao seu recém-nascido.

Decs: Unidade neonatal; Recém nascidos; Relação mãe-filho;

ABSTRACT:

Objectives: Evaluate the profile of the companion mothers in a high risk neonatal unit and the factors associated with their permanency.

Method: Cross sectional study, with 132 mother companions in a high risk neonatal unit at the city of Recife, from February to June of 2014. Structure forms were utilized containing, social demographics aspects, obstetrical background, maternal routine and participation in the care of their child.

Results: About 40% of mothers remained less than 2 hours, per day, next to their child and 36.5% have never participated in any kind of care. The majority (131/132) considered themselves able to take care of their child after been discharged. Religion belief was associated to a superior time of permanency, per day, next to the newborn, ($p=0.02$). It was not found an association between schooling, religion belief, gestational problem, support house accommodation, psychological aid and number of child with the mother participation in the care of their newborn.

Conclusion: The religion belief was associated to the attendance of the mother, however it is required a more effective stimulation of the maternal participation in the care of the newborn. More studies are necessary to evaluate the mother's reception at the high risk neonatal unit, encouraging new alternatives for a greater participation of them in the newborn's care.

MeSH: Neonatal unit; Newborn; Relation mother-children.

INTRODUÇÃO:

A humanização na saúde, posto em voga nos últimos anos, acentuou a importância do vínculo estabelecido pelos profissionais para com os pacientes, e a maior aceitação por parte desses profissionais na participação dos familiares no contexto da assistência¹. Em relação ao período neonatal, apesar de algumas pesquisas como de Gaíva et al² não demonstrarem diferenças significativas sob a ótica humanística, outras, identificaram os benefícios a partir da incorporação da família no cuidado^{3,4}. Contudo, considera-se que a participação familiar nas unidades neonatais ainda é muito escassa, pois, em alguns centros as visitas são muito restritas e os visitantes são submetidos a normas muito rígidas^{3,5}.

Nas últimas décadas observou-se aumento na chance de sobrevivência de recém-nascidos (RNs) de alto risco graças ao surgimento e ampliação das unidades de cuidados intensivos neonatais que focam os aspectos tecnológicos da assistência. As recomendações para ampliar a participação dos pais nos cuidados dos seus filhos dentro das unidades neonatais, bem como a visita de demais familiares como os irmãos e avós, denotam uma mudança no modelo de assistência neonatal, anteriormente centrado no recém-nascido, mas que agora vem incorporando a participação dos pais³. Em uma unidade hospitalar de atendimento ao RN de alto risco, o direito da mãe a um alojamento que viabiliza a permanência materna em período integral durante a internação do filho é garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente⁶. Entretanto, essa mulher, a partir do momento em que passa a permanecer nesse espaço, desenvolve expectativas que a motivam ou a desmotivam a enfrentar todo o universo, a priori, desconhecido^{1,3}.

Observa-se que a interação do neonato com a mãe ou familiar é benéfica tanto para a criança como para quem o está acompanhando, visto que, no que diz respeito à

mãe, cuidar desse recém-nascido, significa muito mais do que aprender a executar tarefas dentro de uma rotina não desejada, mas, representa um exercício de (re)conhecimento de seu filho, aceitação e desenvolvimento de uma ligação afetiva³. No entanto, o relacionamento dos profissionais com essa mãe e demais familiares muitas vezes é precário⁷. Apesar da indispensável e inerente responsabilidade desses profissionais aos cuidados com o neonato, tem-se a impressão de que não há uma devida valorização do papel desses acompanhantes. Assim, os profissionais se detêm aos aspectos físicos do prematuro, que efetivamente, é o cerne de todo esse cenário, sem se dar conta que as angústias vivenciadas pela mãe, como a falta ou a pouca participação nos procedimentos e, dessa forma, no menor contato com o RN, estão diretamente relacionados ao estado geral deste^{5,7}.

Araújo et al⁷ em estudo qualitativo, realizado com 12 mães em um Hospital Municipal do Rio de Janeiro constatou que a maioria das mães ficam como expectadoras, apenas observando seu filho sendo assistido pelo profissional, não tendo a oportunidade de satisfazer as suas necessidades biopsicossociais. Neste contexto, os cuidados de rotina ao RN em uma unidade de alto risco, como trocar a fralda, dar banho, entre outros, são realizados, muitas vezes, exclusivamente pelos profissionais de enfermagem⁷. Observa-se que mesmo as mães estando alojadas no hospital para acompanhar seus filhos internados, nem sempre se mostram dispostas a estar com eles e a participar dos cuidados, como alimentá-los. Algumas vezes as mães nem se sentem aptas a levar seus filhos para casa após a alta hospitalar, interferindo na recuperação do estado da criança, da mesma forma em que aumenta o número de reinternações, por diversos motivos^{7,8}.

Diante do exposto, reconhecer o perfil e comportamento das mães que acompanham seus filhos em uma unidade neonatal, pode contribuir para um melhor acolhimento a essas mães e seus bebês.

O objetivo desse estudo foi avaliar o perfil das mães acompanhantes em uma unidade neonatal de alto risco e identificar os fatores associados à maior permanência dessas mães ao lado dos seus filhos durante o período em que se encontram internados.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal, na Unidade neonatal de alto risco, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, instituição de ensino sem fins lucrativos que atende exclusivamente uma clientela do Sistema Único de Saúde e é centro de referência em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança no estado de Pernambuco. O centro de atenção à mulher do IMIP atende em média 500 partos/mês e a Unidade neonatal de alto risco possui 50 leitos, sendo 18 leitos de Terapia Intensiva e 32 leitos de Terapia Semi-intensiva. Possui equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistente social, psicólogos e nutricionistas.

A amostra foi por conveniência, composta por mães que visitaram ou acompanharam seus respectivos recém-nascidos, de segunda a sexta, durante o dia, na Unidade neonatal de alto risco, no IMIP, no período de fevereiro a junho de 2014.

Os critérios de inclusão foram: mães de recém-nascidos internados em Unidade neonatal de alto risco há 7 dias ou mais. Foram excluídas mães cujos filhos foram a óbito; mães com problemas de saúde grave, tanto de natureza psiquiátrica como orgânica.

Considerando-se a rotatividade do setor, os critérios de inclusão e exclusão assinalados, e a concordância em participar, foram entrevistadas 132 mães.

Os dados foram coletados através de formulário estruturado, composto por 59 perguntas, padronizado, pré-codificado para entrada dos dados no programa estatístico e através da consulta ao prontuário do RN. As perguntas eram referentes às condições sociodemográficas, antecedentes obstétricos, rotinas maternas durante o período de acompanhamento do na unidade neonatal, participação nos cuidados e tempo de permanência ao lado do seu filho .

O processamento e análise dos dados foi realizado através do software Excel 2010 e Epi Info 3.5.4, com dupla entrada de dados. A análise dos dados foi realizada utilizando-se medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas e teste do qui-quadrado para as categóricas com teste exato de Fisher quando pertinente, considerando-se o nível de significância de 95%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP com número de registro 21029213.7.0000.5201. Esta pesquisa está livre de conflito de interesses particular ou institucional.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 132 mães acompanhantes de RN na unidade de alto risco do IMIP. Observou-se que 43,2% (57/132) encontravam-se na faixa etária de 20-30 anos e 24,2% (32/132) tinham até 20 anos. A maioria das mães se considerou de raça parda (60,6% - 80/132). Cerca de 60% (82/132) referiram renda per capita de até ½ salário mínimo. Em relação à escolaridade, cerca de 73% (97/132) concluíram mais de 8 anos de estudo, e, do total das entrevistadas, 62,1% (82/132) não possuíam atividade remunerada. Cerca de 30% eram procedentes da região metropolitana do Recife (44/132) e 90,9% (120/132) conviviam com seu companheiro

Grande parte das mães afirmou possuir crença religiosa, e destas, 98,3% (116/118) admitiu que a crença ajudou a enfrentar a situação do filho internado na Unidade. Em relação ao tempo de internação, 53% (70/132) de mães entrevistadas tinha seu filho internado na unidade entre 7 e 10 dias.

Em relação aos antecedentes obstétricos, 40,2% (53/132) eram primíparas e 35,6% tiveram apenas uma gestação (47/132). Com relação à via do parto, 50,8% (67/132) foram por cesárea e 47,7% (63/132) por parto vaginal. Entre as que tiveram mais de um filho, 52,3% (45/132) já haviam perdido pelo menos um filho, e 82,6% (71/132) nunca tiveram um filho internado numa unidade de alto risco no período neonatal.

Entre as doenças mais prevalentes nesta última gestação, destacam-se a Infecção no trato urinário (ITU)/Vulvovaginites (51,8%-43/83), Pré-eclâmpsia (38,6%- 32/83) e Diabetes Mellitus (18,1% - 15/132). (Tabela 1)

Identificou-se que 52,5% (62/132) das mães estavam hospedadas na casa de apoio às mães de recém-nascidos de alto risco da Instituição. Sobre o ambiente físico da Unidade, quase 80% (105/132) estavam satisfeitas com as instalações, entretanto

20,5% (27/132) do total sugeriram algum tipo de mudança no setor. Entre essas, 66,7% (18/27) apontaram a necessidade de aumentar o espaço da unidade e/ou a sala de ordenha, além da melhora na climatização (18,5%- 4/27) e mais cadeiras ou melhora das mesmas (14,8% - 4/27). (Tabela 2)

Apesar de a maioria (123/132) fazer visitas diárias ao setor, 41,7% (55/132) das mães revelaram passar até 2 horas por dia em contato direto com a criança, 32,6% (43/132) ficavam de 2 a 6 horas por dia e apenas 25,8% (34/132) permaneciam 6h ou mais em contato com o seu filho. (Tabela 2)

Sobre os cuidados realizados ao RN, 41,7% (55/132) participaram dos mesmos, porém observou-se que 35,6% (47/132) nunca participaram dos cuidados até o momento da pesquisa. No que diz respeito ao conhecimento sobre o estado de saúde do filho, 90,2% (119/132) das entrevistadas revelaram ter um bom conhecimento. Das informações sobre o estado clínico, 86,4% (114/132) foram fornecidas pelo médico e 13,7% (18/132) pela equipe de enfermagem. Cerca de 90% (121/132) revelaram que a constante intervenção dos profissionais não atrapalhava o contato com o seu filho (Tabela 2). Ainda na tabela 2 observa-se que em relação ao atendimento psicológico prestado pelo serviço, 68,2% (90/132) disseram nunca ter sido abordada por esse profissional, e, entre as que foram abordadas, 61,9% (26/42) não estavam recebendo esse acompanhamento.

No aspecto da relação mãe - filho, todas reconheceram a importância da sua presença no dia a dia do RN, das quais 91,7% (121/132) revelaram que costumam tanto tocar como conversar com seu RN. A maioria reconheceu que esse período de internamento influenciará no cuidado com o filho no futuro (126/132), assim como 99,2% (131/132) consideravam-se ser capazes de cuidar do seu filho após a alta. Das

mães questionadas, 75,8% realizam ordenha do seu leite, sendo esse ofertado através da amamentação direta ou por sonda (Tabela 3).

Foi observado que a maioria 95,5% (126/132) das mães recebe algum tipo de apoio dos seus familiares. Entre as entrevistadas que possuem outros filhos, 38% (71/132) afirmaram que não conseguiam dar atenção aos filhos que estavam em casa, sendo que, na ausência materna, normalmente os familiares (56,3% - 40/132) são os principais cuidadores dos demais filhos, seguido dos pais (31%- 22/132). A maioria dos pais (82,6% -109/132) visitava o RN na unidade regularmente. Em relação à rotina dessas mães, 47,7% (63/132) referiram que dormiam de 6 horas ou mais por dia e 54,5% (72/132) consideraram que se alimentavam bem durante esse período de internamento do filho.

Quando não estão com seu RN, mas estão no hospital, 53% (70/132) disseram que sua principal atividade de distração era a conversa, seguida de 22% (22/132) que preferiam assistir TV. A maior parte (122/132) procura interagir com outras mães. Entre o pequeno grupo que afirmou realizar atividades em conjunto, 50% (4/8) elegeram a oração como principal atividade realizada em grupo e 37,5% (3/8) elegeram os trabalhos manuais.

Foram analisados alguns fatores que poderiam estar associados à permanência das mães ao lado dos seus filhos internados em unidade neonatal de alto risco, como o nível de escolaridades, crença religiosa, problemas na gestação, hospedagem na casa de apoio, assistência psicológica e quantidade de filhos. Dentre esses, possuir crença religiosa, esteve associada a maior tempo de permanência ao lado do neonato, superior a 6 horas por dia ($p=0,02$). (Tabela 4)

Por outro lado, não foi identificada associação significante entre a escolaridade, crença religiosa, problemas na gestação, hospedagem na casa de apoio, assistência

psicológica e quantidade de filhos com a participação das mães nos cuidados ao RN
(Tabela 5).

DISCUSSÃO

Em uma Unidade Neonatal de alto risco, dentre os cuidados fundamentais, sabe-se que a mãe é parte inerente desse contexto, tanto para o RN, como, para a mesma, onde o vínculo afetivo é fortalecido. Logo, os cuidados não devem ser focados apenas nos aspectos biológicos do RN, mas também na estimulação de seu desenvolvimento psico-afetivo^{9,5}.

Foram estudadas 132 mães acompanhantes em uma unidade neonatal de alto risco e as características sociodemográficas não diferiram de outros estudos^{9,5,10} especialmente em relação à idade, renda per capita e atividade remunerada, o que pode estar relacionado a instituição pública, onde a maioria dos pacientes normalmente possuem baixas condições econômicas¹¹. Em relação às mães adolescentes, esse grupo inspira atenção especial, visto que apresenta os piores indicadores de saúde perinatal¹².

No que diz respeito à situação conjugal, os dados divergem de outras pesquisas, como exemplificado por Soares et al¹³, que mais se aproximou da taxa apresentada no presente trabalho, apresentando, ainda assim, uma frequência de 65,3% de mães casadas. Pode-se sugerir esta ocorrência, pela pesquisa referenciada considerar apenas as mulheres casadas de acordo com a constituição civil e não incluírem as que possuem companheiro sem o reconhecimento oficial.

O nível de instrução demonstrou um melhor perfil educacional dessas entrevistadas, quando comparadas a trabalhos anteriores^{11,13}.

No que diz respeito à história de vida pregressa, as variáveis correspondentes ao número e ao tipo de parto mostram uma baixa taxa de parto normal, que pode ser justificado por tratar-se de unidade de alto risco e centro de referência para gestações de alto risco, entretanto, estudo realizado por Velho et al mostrou uma taxa de 50% de

primíparas e 70% de parto normal, dentro do mesmo contexto de uma unidade neonatal de alto risco¹⁴. Este fato atesta que, mesmo em situações aparentes de alto risco, é possível incentivar a via natural de parto, em que são seguramente conhecidos os inúmeros benefícios desta via em comparação com a cesárea¹⁴.

Quanto a experiência das mães em relação à internação anterior de filhos em Unidade neonatal de alto risco, tal dado ratifica outras pesquisas, nas quais a maioria, não só das mães, como de outros familiares, nunca tinha vivenciado esse tipo de situação^{11,15}. Tais estudos referidos inferem que, independente de existir ou não uma experiência prévia, a internação de um ente querido em estado crítico é sempre caracterizado como uma situação estressante.

Entre as doenças mais prevalentes na gestação, o presente estudo mostra certa conformidade com outros autores, em que pese as principais doenças, como ITU/Vulvovaginite e pré eclâmpsia, embora, em relação à mortalidade materna, mostre inversão na ordem de prevalência, pois as síndromes hipertensivas, sendo a pré eclâmpsia uma delas, se apresentam como a principal causa de óbito materno no Brasil, seguida das hemorragias, e, finalmente, na terceira posição, das infecções gestacionais ou puerperais¹⁶.

A má qualidade na assistência, tanto no pré-natal quanto no ambiente hospitalar, durante e após o parto, é um dos determinantes para estes índices, uma vez que, os óbitos decorrentes das complicações da gravidez são, em sua maioria, preveníveis¹⁶.

Verificou-se que há significativa utilização do alojamento, disponibilizado pelo hospital para as mães que não tem condições de se acomodar em outro local, como garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente⁶.

Autores demonstraram que as mães modificam drasticamente o seu cotidiano, a partir do momento que tomam a decisão de permanecer no alojamento materno.

Entendendo-se que o ambiente hospitalar gera sentimentos de angústia e conflitos entre as mães, diante do distanciamento de suas casas, é mister que a Instituição construa um alojamento com condições mínimas de conforto. Nesse cenário, devem ser incentivados, constantemente, novos laços de amizade e de solidariedade entre os membros alojados, bem como entre outras mães que não estão hospedadas, mas vivenciam esta rotina da mesma forma. Este ambiente possibilita às mães escutarem umas às outras e conversarem sobre suas experiências, ajudando sobremaneira na superação das dificuldades e dos conflitos manifestados⁷.

Em relação à estrutura física do setor neonatal de alto risco, há semelhança com estudo já citado, em que apenas 8% se mostraram insatisfeitas com este ambiente¹⁰. Contudo, não foram encontradas pesquisas que apontassem o que poderia ser melhorado, como o presente estudo, em que foi sugerido aumentar o espaço da unidade e da sala de ordenha pela maioria das entrevistadas.

Outro estudo constatou que, entre os fatores que permeiam a vivência em uma UTI, os familiares julgaram as questões relativas ao conforto, para eles, como as necessidades menos importantes¹³. Concluiu-se que esses familiares negligenciam suas necessidades pessoais, pois consideram que, naquele momento, todos os esforços devem ser direcionados a recuperação do parente internado, neste caso, o neonato. Esse aspecto reforça ainda mais o que foi encontrado neste e em outros estudos^{10,11}.

Em relação ao ar condicionado, o ambiente da Unidade é climatizado, entretanto, durante duas semanas o sistema de refrigeração apresentou defeito, justificando a parcela de mães que sugeriu melhora nesse aspecto.

Em relação à participação nos cuidados ao RN por parte das mães, houve uma taxa significativa de não participação. Esse fato pode ser devido à gravidade dos RNs

e/ou pelo receio da mãe em realizar esses cuidados, atrelando os mesmos estritamente aos profissionais de saúde^{5,7}.

No que diz respeito ao conhecimento sobre o estado de saúde do seu filho, a princípio foi observado que faz parte da rotina do setor que as informações sobre a evolução da criança sejam dadas pelo médico. Os demais profissionais de saúde são orientados a evitar fornecer mais informações (a menos que seja necessário), a fim de minimizar possíveis erros de interpretação pelos familiares sobre o estado de saúde da criança. Nesse contexto, outros estudos ratificam os dados encontrados, julgando, inclusive como boa, a maneira como a informação é fornecida^{5,10}. Questiona-se, todavia, a necessidade de uma equipe multidisciplinar atuando de forma mais integrada no âmbito da comunicação entre a mesma e a mãe. Esta atitude poderia descentralizar e facilitar o fornecimento de informações, visto que toda a equipe seria capaz de fornecê-las⁵.

Pesquisas afirmam que a segurança e autoconfiança dos pais está fortemente relacionada ao nível de informação que é passado aos mesmos, já que informações inadequadas levam os familiares a incertezas, o que provoca inquietação e ansiedade, dificultando ainda mais o enfrentamento desta situação^{13,17}.

Estudos destacam a falha na comunicação em Unidades neonatais de alto risco, devido às intensas atividades rotineiras, e ressaltam que diálogo entre os profissionais e familiares deve fazer parte da rotina do serviço^{5,18}.

O profissional de saúde precisa estar junto ao RN e à família, em especial à mãe, oferecendo apoio e transmitindo uma visão realista sobre o bebê, para que compreendam a situação clínica da criança, o porquê da existência de tantos aparelhos e da necessidade de determinados procedimentos^{18,19}. No entanto, vários estudos mostram dados negativos no que diz respeito a relação família-equipe profissional,^{5, 7, 20,21}.

Por isso, mesmo com os dados favoráveis apresentados nesta pesquisa, deve-se sempre enfatizar que a equipe tenha uma visão holística dos cuidados ao RN, uma vez que a assistência não se direciona somente a condutas técnicas operacionais. Considerando que a mãe e os familiares são responsáveis pelos cuidados da criança, deve ser reforçada a importância do acolhimento desses por parte dos profissionais.

Portanto, é fundamental saber identificar as principais reações das mães diante de um filho em estado comprometido. Os sentimentos de medo e de perda não podem ser subestimados, mas sim enfrentados e trabalhados mediante apoio e diálogo constante da equipe junto à família. É justamente nesse processo de adaptações cotidianas que se torna possível construir estratégias que capacitem as mães a lidarem com os desafios diários dessa experiência, de forma a favorecer a adequação progressiva da mãe à realidade do nascimento e hospitalização de um filho diferente do esperado^{5,15,19}. Esse processo possibilita a mãe, principal responsável pela criança, oferecer sua contribuição durante o tratamento, se sentindo, assim, apta a cuidar do seu filho após a alta^{7,15,22}.

Esse contexto envolve, não só o fornecimento de informações, mas também a participação da mãe na realidade do filho como um todo, inclusive no incentivo a realização de cuidados que possibilitem o máximo de contato com o RN e, desta forma, o fortalecimento do vínculo mãe-filho^{5,7}.

Quando questionadas se a constante intervenção dos profissionais atrapalhava de alguma forma o seu contato com o RN, grande parte respondeu que não, e demonstraram, inclusive, consciência de que todos os procedimentos realizados eram necessários para a evolução positiva do quadro clínico da criança.

No que diz respeito ao atendimento psicológico, apesar de haver número de profissionais suficiente, de acordo com a instituição, os resultados mostram uma situação contrária. Esse quadro pode ser preocupante, visto que vai de encontro aos fundamentos de uma prática assistencial humanizada.

De acordo com o que foi abordado, sabe-se que as angústias, medo, ansiedade e, em grau mais extremo, depressão, são sentimentos frequentes no ambiente hospitalar, que, se não tratados, podem comprometer a capacidade da mãe em acompanhar o seu bebê. Nesse sentido, um profissional mais especializado, que saiba identificar e tratar os sentimentos que permeiam esse cotidiano é de fundamental importância²³.

Entende-se que a inserção do psicólogo na Unidade neonatal de alto risco resulta na organização de uma proposta de rotina e participação cotidiana nos acontecimentos do serviço, numa proposta que não se restrinja a pareceres psicológicos, mas na abordagem regular das famílias e de seus bebês. Instituições, inclusive, trabalham com protocolos de avaliação psicológica realizados na primeira visita dos pais ao filho na UTI neonatal²⁴.

Estudos confirmam que a maioria das mães mostra-se consciente quanto à importância da sua presença no dia a dia do RN, pois elas sabem que é uma oportunidade de acompanhar e participar do cuidado prestado ao filho durante toda a internação, considerado para este como um processo de ajuda na fase da hospitalização^{5,25}.

Ainda nesse cenário, estudos apontam para os inúmeros benefícios do contato físico, não só para o RN, mas também para a mãe, em que afirmam que este contato permite às mães continuarem produzindo leite, assumirem os cuidados de seus filhos

mais facilmente, apresentarem recuperação física da gravidez e parto mais rapidamente e, reduzindo, por fim, seus sentimentos de inadequação^{3,4,25}.

Concluiu-se que o relacionamento afetivo entre a mãe e o filho é um fator diferencial e inerente ao desenvolvimento bem sucedido da identidade materna, relacionando-se, portanto, ao papel de mãe, que busca proporcionar amparo físico, bem como psicológico para o filho^{4,26}.

Nas questões relativas ao apoio recebido pela mãe por parte dos familiares, assim como a visita do pai, autores comprovam que os dois grupos mostram conhecimento sobre a importância de sua visita, ou seja, de seu apoio, tanto para mãe quanto para o neonato. Foi observado também que os pais são os principais visitantes na unidade neonatal^{5,13,21}.

Todavia estudos apontam que em grande parte das famílias, a mudança no estilo de vida da mãe, direcionado apenas ao neonato, mesmo que temporária, pode provocar sérios problemas, como discórdia conjugal e estresse com os demais filhos que, neste momento, ficam em segundo plano²⁷.

Alguns serviços oferecem grupos e apoio às mães de recém-nascidos internados na unidade de alto risco visando oferecer um espaço de escuta, onde as mães podem expor suas dúvidas, medos e expectativas frente à internação de seu filho à uma equipe multidisciplinar, expressando, dessa forma, os sentimentos vivenciados por elas. Além disso, é organizado um espaço lúdico para as mães, onde atividades criativas são realizadas^{21,24}. Essa atividade, entretanto não foi identificada de forma sistemática na população estudada.

Nesse contexto, propõe-se a formação de um grupo de apoio a essas acompanhantes, considerando este ser um forte agente transformador no que diz respeito ao desempenho pleno do papel de mãe. Sugere-se, também, que sejam

realizados grupos distintos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade Intermediária (UI) neonatal, considerando que cada uma dessas unidades apresentam singularidades. Estudos concluíram que as mães envolvidas num grupo de apoio realizam mais visitas a Unidade de alto risco e interagem mais com seus filhos, em relação às mães que não participam^{27,28}.

Possuir crença religiosa foi o único fator que esteve associado de forma significativa com a maior permanência da mãe ao lado do seu filho. Este fato confirma a relevância do significado da fé, que, independente da religião, representa um aspecto importante que perpassa toda a vivência materna, especialmente quando um filho se apresenta em condição vulnerável. Este apego à “entidades espirituais” está muitas vezes relacionado ao fato de não se perder a esperança, almejando uma intervenção divina^{13,15,17}.

CONCLUSÃO

Observou-se através desse estudo que, mesmo existindo atuação do profissional de saúde no incentivo ao contato da mãe com o seu RN, a participação materna não é explorada em todo seu potencial. Por isso, entendemos ser de grande relevância mais estudos que fortaleçam as práticas já existentes e ajudem a elaborar novas alternativas para a participação das mães no cuidado, sendo expresso pelos profissionais de saúde, como possibilidade e desafio.

A principal contribuição almejada no presente trabalho tem por finalidade, favorecer a permanência das mães na unidade, demonstrando a sua importância para a recuperação do seu filho, resgatando-o assim, para o seio familiar.

REFERÊNCIAS:

- 1.Souza Kátia Maria Oliveira de, Ferreira Suely Deslandes. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(2): 471-480.
- 2.Gaíva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Rev. bras. enferm.* 2005; 58(4): 444-448.
- 3.Diaz RJL. Participación materna en los cuidados del prematuro internado. In: Martinez G. *Tecnologias perinatalis*. 1 ed. Montevideo: CLAP; 1992.
- 4.Bowlby J. *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
- 5.Cunha ALC, Souza NL, Rego RMAR, et al. Visita aberta em uma unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos visitantes. *Rev Rene*. 2014; 15(1):45-51.
- 6.Brasil. Lei n. 8069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e dá outras providências [legislação na Internet]. 1990 [acesso em: 02 mai. 2014]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
- 7.Araújo BBM, Rodrigues BMRD. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Rev. esc. enferm.* 2010; 44(4): 865-872.
- 8.Rugolo LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J. Pediatr.* 2005; 81(1): S101-S110.
- 9.Silva LJ, Silva LR, Christoffel MM. Technology and humanization of the neonatal intensive care unit: reflections in the context of the health-illness process. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):684-9.
- 10.Brostel AMV. *UTI neonatal: visão materna e uma proposta de humanização [dissertação]*. DF: Hospital Regional da Asa Sul. Universidade Católica de Brasília;2011.

- 11.Freitas KS, Kimura M, Ferreira KAS. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(1):84-92.
- 12.Manfré CC, Queiróz SG, Matthes ACS Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. Rev Bras. Med. Fam. e Comun. 2010; 5(17):78-54.
- 13.Soares LO, Santos RF, Gasparino RC. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. 2010; 19(4): 644-650.
- 14.Velho MB, Santos EKA, Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. 2012 ; 21(2): 458-466.
- 15.Frota AM, Campos ACS, Pimentel ZB, Esteche CMGCE. Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. Cogitare Enferm. 2007;12(3):323-9.
- 16.Morais FM, Novais JM, MCA Silveira, et al. Perfil clínico-epidemiológico e repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional: uma revisão. Revista eixo. 2013; 2(1):69-82.
- 17.Mauriti MR, Galdeano LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de intensivos. Acta Paul Enf. 2007 J; 20(1):37-43.
- 18.Cardoso SNM, Esteche CMGE, Oliveira MMC, Sherlock MSM, Cardoso MVLML. Desafios e estratégias das enfermeiras na unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Rene. 2010; 11(4):76-84.
- 19.Silva MKG, Rocha SS. O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa. Rev Rene. 2011; 12(1):97-103.
- 20.Lamy ZC. , Gomes R, Carvalho M A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. J. pediatr.1997; 73(5):293-298.

- 21.Araújo VKS, Oliveira DKMA, Oliveira FCM. Neonato hospitalizado em uma unidade de terapia intensiva neonatal: experiência vivenciada pelos familiares. Rev Bras de Ciências da Saúde. 2013; 11(36): 68-75.
- 22.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. 2013; 17(1):46-53.
- 23.Moreira, MEL, Braga NA, Morsch D.S.Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. 1 ed. Fiocruz; 2003.
- 24.Baltazar DVS, Gomes RFS, Cardoso TBD. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. Rev. SBPH. 2010; 13(1): 02-18.
- 25.Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. The family's perception of its presence at the pediatric and neonatal intensive care unit. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(3):630-8.
- 26.Ferreira L, Vieira CS. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. Heath Sciences. Acta Scientiarum. 2003; 1: 41-50.
- 27.Schmidt KT, Sassá AH, Veronez M, et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. Esc. Anna Nery. 2012; 16(1): 73-81.
- 28.Dittz ES, Melo DCC, Pinheiro ZMM. A terapia ocupacional no contexto da assistência à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. Rev. Ter. Ocup. Univ. 2006; 17 (1): 42-7.

TABELAS

Tabela 1- Antecedentes obstétricos das mães dos RNs internados na Unidade neonatal de alto risco no IMIP. Recife (PE), 2014.

Variáveis	n	%
Nº de Gestações		
Uma	47	35,6
Duas	36	27,3
Três ou mais	49	37,1
Nº de Partos		
Um	53	40,2
Dois	42	31,8
Três ou mais	37	28,0
Pré eclâmpsia		
Sim	32	38,6
Não	51	61,4
DM		
Sim	15	18,1
Não	68	81,9
ITU/ Vulvovaginite		
Sim	43	51,8
Não	40	48,2
Via de Parto		
Vaginal	63	47,7
Cesárea	67	50,8
Normal e Cesárea	2	1,5
Perda de Filho		
Um ou Mais	45	52,3
Nenhum	41	47,7
Filho internado em Unidade de Alto Risco		
Sim	15	17,4
Não	71	82,6

Tabela 2- Rotina hospitalar das mães dos recém-nascidos internados na Unidade neonatal de alto risco no IMIP. Recife (PE), 2014.

Variáveis	n	%
Casa de Apoio		
Sim	62	52,5
Não	56	47,5
Frequência Visita das Mães		
Diariamente	123	93,2
4-6 vezes por semana	3	2,3
1-3 vezes por semana	6	4,5
Tempo Visita das Mães (Horas/Dia)		
≤ 2 horas	55	41,7
> 2 e < 6 horas	43	32,6
≥ 6 e < 12 horas	34	25,8
Cuidados do RN pelas Mães		
Sempre	55	41,7
Às vezes	30	22,7
Nunca	47	35,6
Satisfação com o Ambiente Físico da Unidade		
Sim	105	79,5
Não	27	20,5
Incômodo pela Intervenção dos Profissionais		
Sim	11	8,3
Não	121	91,7
Conhecimento do Estado de Saúde do RN		
Sim	119	90,2
Não	13	9,8
Profissional que Fornece Informações		
Médico	114	86,3
Equipe de Enfermagem	18	13,7
Questionamentos e Dúvidas Respondidos		
Sim	116	87,8
Não	14	12,2
Abordagem Psicológica		
Sim	42	31,8
Não	90	68,2
Acompanhamento Psicológico		
Sim	16	38,1
Não	26	61,9

Tabela 3- Relação das mães com seus filhos internados na Unidade neonatal de alto risco no IMIP. Recife (PE), 2014.

Variáveis	n	%
Conversar/Tocar no RN		
Sim	121	91,7
Às Vezes	11	8,3
Amamenta RN		
Sempre	100	75,8
Às vezes	7	5,3
Nunca	25	18,9
Julga Importante sua Presença na Rotina do RN		
Sim	132	100
Acha-se capaz de Cuidar do RN após alta		
Sim	131	99,2
Não	1	0,8

Tabela 4- Características sociodemográficas, rotina hospitalar e crença materna de acordo com o tempo de contato diário com o RN na Unidade neonatal de alto risco no IMIP-Recife (PE), 2014.

Variáveis	Tempo em Horas que passa com o RN		p-valor *
	< 6h n (%)	≥ 6h n (%)	
Idade da genitora			0,251
Até 20 anos	27(27,6)	5(14,7)	
21 a 30 anos	42(42,9)	15(44,1)	
> 30 anos	29(29,6)	14(41,2)	
Idade do RN			0,558
Até 10 dias	50(51,0)	20(58,8)	
Mais de 10 dias	48(49,0)	14(41,2)	
Escolaridade da mãe			1,000
Menos de 8 anos	26(26,5)	9(26,5)	
8 anos ou mais	72(73,5)	25(73,5)	
Ocupação da mãe			0,572
Com atividade remunerada	39(39,8)	11(32,4)	
Sem atividade remunerada	59(60,2)	23(67,6)	
Problemas (doença na gestação)			0,717
Sim	63(64,3)	20(58,8)	
Não	35(35,7)	14(41,2)	
Mãe hospedada no hospital			0,593
Sim	48(54,5)	14(46,7)	
Não	40(45,5)	16(53,3)	
Conversa com psicólogo na unidade neonatal			0,771
Sim	30(30,6)	12(35,3)	
Não	68(69,4)	22(64,7)	
Quantidade de filhos incluindo RN			0,986
1 filho	44(44,9)	16(47,1)	
2 ou mais filhos	54(55,1)	18(52,9)	
Possuir Crença religiosa			0,02
Sim	84 (85,7)	34 (100)	
Não	14 (14,3)	0	

(*) Teste Qui-quadrado

Tabela 5- Características sociodemográficas, rotina hospitalar e crença materna de acordo com a participação diária nos cuidados com o RN na Unidade neonatal de alto risco no IMIP. Recife (PE), 2014.

Variáveis	Participação nos cuidados		p- valor *
	Sim (%)	Não (%)	
Idade da genitora			0,982
Até 20 anos	19(23,8)	13(25,0)	
21 a 30 anos	35(43,8)	22(42,3)	
> 30 anos	26(32,5)	17(32,7)	
Idade do RN			1,000
Até 10 dias	42(52,5)	28(53,8)	
Mais de 10 dias	38(47,5)	24(46,2)	
Escolaridade da mãe			0,274
Menos de 8 anos	18(22,5)	17(32,7)	
8 anos ou mais	62(77,5)	35(67,3)	
Ocupação da mãe			0,163
Com atividade remunerada	26(32,5)	24(46,2)	
Sem atividade remunerada	54(67,5)	28(53,8)	
Problemas (doença na gestação)			0,942
Sim	51(63,8)	32(61,5)	
Não	29(36,3)	20(38,5)	
Mãe hospedada no hospital			0,814
Sim	40(54,1)	22(50,0)	
Não	34(45,9)	22(50,0)	
Conversa com psicólogo na unidade neonatal			0,258
Sim	22(27,5)	20(38,5)	
Não	58(72,5)	32(61,5)	
Quantidade de filhos incluindo RN			1,000
1 filho	36(45,0)	24(46,2)	
2 ou mais filhos	44(55,0)	28(53,8)	
Crença religiosa			0,084
Sim	75(93,8)	43(82,7)	
Não	5(6,30)	9(17,3)	

(*) Teste Qui-quadrado

