



ARTIGO DE REVISÃO

VIVÊNCIAS DE FAMÍLIAS DE NEONATOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

EXPERIENCES OF FAMILIES NEONATE EARLY IN HOSPITALIZED NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: INTEGRATIVE REVIEW

EXPERIENCIAS DE LAS FAMILIAS DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS HOSPITALIZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: REVISIÓN INTEGRADORA

Rosane Meire Munhak Silva¹, Cristiana Carolini da Silva Menezes², Lilian Lessa Cardoso³, Andrea Ferreira Ouchi França¹

RESUMO

Objetivo: identificar a produção científica nacional relacionada às experiências vividas pelas famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Método:** revisão integrativa da literatura com 12 artigos científicos encontrados na Biblioteca Virtual da Saúde a partir da questão norteadora "Como as famílias enfrentam a hospitalização de um filho prematuro?". **Resultados:** identificaram-se três categorias temáticas: "Sentimentos relacionados ao nascimento prematuro"; "Hospitalização e separação do trinômio mãe/pai/filho"; "Quebra das expectativas em relação ao nascimento do filho". As famílias expressaram sentimentos como tristeza, angústia, culpa e medo, ao mesmo tempo, esperança, fé e alegria. **Conclusão:** compreende-se que é essencial que profissionais da saúde reconheçam estes sentimentos para que possam proporcionar um ambiente acolhedor, auxiliando-os no enfrentamento do nascimento prematuro, por meio do contato e criação do vínculo com o recém-nascido, bem como na reorganização das rotinas familiares.

Descritores: Prematuro; Recém-nascido; Relações familiares; Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

Objective: to identify the national scientific production related to the experiences of families of preterm neonates hospitalized in neonatal intensive care unit. **Method:** integrative literature review of 12 scientific articles found in the Virtual Library of Health, from the guiding question "How families face the hospitalization of a premature baby?" **Results:** identified three themes: "Feelings related to preterm birth"; "Hospitalization and separation of the triad mother / father / son"; "Break the expectations of the birth of the child." The families expressed feelings such as sadness, anguish, guilt and fear at the same time, hope, faith and joy. **Conclusion:** it is understood that it is essential that health professionals recognize these feelings so that they can provide a warm environment, assisting them in coping with premature birth, through contact and creation of a bond with the baby and in the reorganization of family routines.

Descriptors: Premature; Newborn; Family relations; Neonatal nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar la producción científica nacional relacionada con las experiencias de las familias de los niños prematuros hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. **Método:** revisión integradora de 12 artículos científicos que se encuentra en la Biblioteca Virtual de Salud, a partir de la pregunta rectora "¿Cómo las familias se enfrentan a la hospitalización de un bebé prematuro?" **Resultados:** se clasificaron en tres categorías temáticas: "Sentimientos relacionados con el parto prematuro"; "La hospitalización y la separación de la madre triada / padre / hijo"; "Romper las expectativas del nacimiento del niño." Las familias expresaron sentimientos como la tristeza, la angustia, la culpa y el miedo en el momento mismo, la esperanza, la fe y la alegría. **Conclusión:** se entiende que es esencial que los profesionales de la salud reconocen estos sentimientos para que puedan proveer un ambiente cálido y ayudarles a afrontar con el nacimiento prematuro, a través del contacto y la creación de un vínculo con el bebé y en la reorganización de la familia rutinas.

Descriptores: Prematuro; Recién nacido; Las relaciones familiares; Enfermería neonatal.

¹Graduada em Enfermagem. Doutoranda em Saúde Pública. Professora do Curso de Enfermagem na Universidade Estadual do Oeste do Paraná. ²Graduada em Enfermagem. ³Graduada em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro é aquele que ocorre antes da trigésima sétima semana de gestação. Este evento aumenta de forma considerável a morbidade neonatal imediata e tardia, estando relacionada a diversos agravos à saúde, como a síndrome da angústia respiratória, infecções, hemorragia

intraventricular, doença pulmonar crônica e paralisia cerebral. A morbidade neonatal concentra-se principalmente em prematuros extremos, ou seja, aqueles nascidos com idade gestacional menor que 27 semanas⁽¹⁻³⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os anos nascem cerca de 15 milhões de recém-nascidos prematuros no mundo, sendo que o Brasil assume a décima

colocação em relação aos números de partos prematuros, com uma prevalência de prematuridade de 9,2%⁽⁴⁾.

Esta crescente tendência está relacionada, principalmente, ao desenvolvimento de tratamentos para infertilidade, que aumentam o número de gestações gemelares, e, ainda, às intervenções médicas no processo de nascimento, como a indução medicamentosa do trabalho de parto e as grandes taxas de cesarianas⁽⁵⁾.

Em cerca de 50% dos casos de parto prematuro não existe um fator etiológico bem definido, pois, muitas vezes, é causado por uma combinação de fatores maternos e fetais. Entre os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, tem-se: história de parto prematuro espontâneo; gemelaridade; sangramentos persistentes no segundo trimestre; infecções geniturinárias; entre outros⁽⁵⁻⁶⁾.

A fragilidade do recém-nascido e a morbidade aumentada exigem a hospitalização do neonato prematuro logo após o nascimento para permitir a sobrevivência e evitar a ocorrência de sequelas em longo prazo. A hospitalização de uma criança recém-nascida dificulta a convivência com os pais, motivada pelo período de internação prolongado, por rotinas da instituição hospitalar e condições clínicas da criança. Somado aos riscos relacionados ao estado de saúde da criança, é necessário considerar a interferência que o nascimento prematuro exerce sobre os aspectos psicológicos, sociais e emocionais da criança e da família⁽⁷⁻⁹⁾.

Os primeiros momentos após o nascimento são fundamentais para a formação do vínculo familiar. Todavia, pela hospitalização, o recém-nascido prematuro é privado dos cuidados familiares que contribuem para a formação deste vínculo, como o contato pele a pele, a amamentação e o som da voz dos pais⁽⁸⁾.

Desse modo, os pais expressam várias reações, como medo, culpa, tristeza e impotência. Além disso, enfrentam uma reação de luto, ocasionada pelas diferenças entre o bebê idealizado durante a gestação e o bebê real⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Nesse sentido, torna-se necessário que os profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) sejam capazes de compreender esses sentimentos, para auxiliá-los no enfrentamento da situação e estimular um contato próximo com o recém-nascido⁽⁹⁾.

Os avanços tecnológicos ocorridos nos últimos anos na área de neonatologia levaram a uma melhor assistência ao prematuro, permitindo a sobrevivência de neonatos que no passado eram considerados inviáveis, como aqueles com peso ao nascer menor que 500 gramas e idade gestacional menor que 28 semanas. Concomitante aos avanços tecnológicos existe a preocupação crescente com assistência humanizada, com ênfase na adoção do método canguru de contato pele a pele, manipulação mínima do recém-nascido, estímulo ao parto vaginal e ao aleitamento materno⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Conhecer e compreender a experiência das famílias que vivenciam um nascimento prematuro é importante para que os profissionais de enfermagem sejam capazes de desenvolver o trabalho humanizado e verdadeiramente centrado na família. Assim, será possível proporcionar apoio emocional aos familiares, auxiliá-los na aceitação da condição da criança e na reorganização da rotina familiar.

A partir do exposto, apresenta-se como objetivo deste estudo identificar a produção científica nacional relacionada às experiências vividas pelas famílias de neonatos prematuros hospitalizados em UTIN.

MÉTODOS

O estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, a qual é utilizada para identificar, analisar e sintetizar

resultados de estudos independentes sobre uma mesma temática, possibilitando determinar o conhecimento atual sobre assunto de escolha. A revisão integrativa de literatura proporciona suporte para a tomada de decisões e melhoria da prática clínica, além de apontar a necessidade de realização de novos estudos para preencher lacunas existentes no conhecimento científico da atualidade⁽¹⁵⁾.

Para tanto, a construção da presente revisão aconteceu em seis etapas, descritas a seguir:

1. Elaboração da pergunta norteadora: esta etapa indicou quais estudos foram utilizados e quais as informações necessárias de cada estudo selecionado⁽¹⁵⁾. A pergunta norteadora foi “Como as famílias enfrentam a hospitalização do filho prematuro?”.

2. Busca ou amostragem na literatura: a partir da definição da questão norteadora, iniciou-se a busca nas bases de dados. Para tanto, definiu-se como critérios de inclusão referências nacionais disponíveis eletronicamente na íntegra. Aplicou-se a ferramenta “filtrar” da biblioteca virtual da saúde, permitindo a realização da busca apenas dos estudos que contemplavam os critérios de inclusão. O critério de exclusão foi artigos que não abordavam a temática representada pela questão norteadora. Procedeu-se, então, à leitura dos títulos e resumos, selecionando aqueles que abordam as vivências dos pais de recém-nascidos prematuros.

Utilizou-se para pesquisa os termos “recém-nascido prematuro”, “família”, “sentimentos”, “pais”, “mães”. Esses termos foram combinados no formulário de pesquisa avançada, gerando as seguintes associações: “Recém-nascido prematuro” and “família”; “Recém-nascido prematuro” and “sentimentos”; “Recém-nascido prematuro” and “pais”; “Recém-nascido prematuro” and “mães”.

3. Coleta de dados: a coleta de dados foi realizada *on-line*, através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), no segundo semestre de 2014, selecionando 12 estudos publicados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) no recorte temporal de 2005 a 2013.

Após a seleção dos estudos, foi necessário revisar e sintetizar as informações extraídas, de forma a facilitar o manejo dos dados obtidos. Para isso, utilizou-se um instrumento estruturado contendo as variáveis: título do artigo; periódico; base de dados; autores; titulação dos autores; graduação dos autores; país; idioma; ano; objetivos ou questão de investigação; características da amostra; duração e local do estudo; análise dos dados; resultados; conclusões e recomendações dos autores.

Para melhor representação das referências selecionadas, estas foram numeradas de 1 a 12, em ordem crescente de acordo com o ano da publicação.

4. Análise crítica dos estudos incluídos: para garantir a integridade científica da revisão, os estudos foram analisados de forma crítica quanto a sua autenticidade, qualidade metodológica, relevância das informações e representações.

5. Discussão dos resultados: procedeu-se à leitura atenta dos estudos que compuseram a amostra, sendo possível o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Nesta etapa, os estudos foram agrupados e sintetizados a fim de facilitar a análise dos dados. A síntese dos estudos foi organizada em tabelas para facilitar o manuseio das informações e para permitir ao leitor visualizar de forma detalhada os resultados obtidos em cada estudo. A análise permitiu a identificação de temas recorrentes nos estudos, os quais foram agrupados em três categorias temáticas, que possibilitou a compreensão das vivências dos pais: Sentimentos relacionados ao nascimento

premature; Hospitalização e separação do trinômio mãe/pai/filho; Quebra das expectativas em relação ao nascimento do filho.

6. Apresentação da revisão integrativa: nesta etapa final, apresentaram-se as possíveis lacunas na atenção às famílias diante da hospitalização do neonato prematuro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A produção encontrada a partir da pesquisa na BVS pela associação dos termos na guia de pesquisa totalizou 302 referências, sendo 187 no LILACS, 86 na BDEF e 30 em outras bases de dados. Após a leitura dos

títulos e resumos foram selecionados para amostra da revisão 14 estudos pertencentes à base de dados LILACS e cinco estudos à base de dados BDEF. Entretanto, todos os estudos selecionados na base de dados BDEF também estavam presentes na base de dados LILACS.

Dentre os 14 estudos selecionados, dois foram excluídos por não se enquadrar nos objetivos propostos para esta revisão. Dessa forma, a amostra final foi composta por 12 artigos. A Tabela 1 a seguir apresenta a relação dos artigos selecionados para a amostra de acordo com a numeração cronológica dos artigos.

Tabela 1 - Referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com a numeração, autor, periódico, título e ano de publicação - Foz do Iguaçu, Paraná, 2014.

Nº	Autores	Periódico	Título	Ano
01	Tronchin e Tsunehiro	Rev bras enferm	A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico	2005
02	Sales et al.	Acta scientiarum health science	Vivenciando a facticidade em dar existência ao filho prematuro: compreensão dos sentimentos expressos pelas mães	2005
03	Tronchin e Tsunehiro	Rev lat-americana enferm	Cuidar e conviver com o filho prematuro: a experiência do pai	2006
04	Sales et al.	Rev bras enferm	Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI	2006
05	Carvalho et al.	Rev bras enferm	Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	2009
06	Souza et al.	Rev bras enferm	Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro	2009
07	Souza et al.	Reme	Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado	2010
08	Araújo e Rodrigues	Rev esc enferm USP	Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em unidade de tratamento intensivo neonatal	2010
09	Cruz et al.	Rev eletr enferm	Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica	2010
10	Anjos et al.	Rev bras enferm	Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta	2012
11	Rocha et al.	Rev enferm UFSM	Sentimentos paternos relacionados à hospitalização do filho em unidade de terapia intensiva neonatal	2012
12	Oliveira et al.	Esc Anna Nery	Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal	2013

Fonte: Os autores

Os artigos foram publicados em oito periódicos, sendo que a maioria deles (41,7%)

na Revista Brasileira de Enfermagem. Quanto ao ano de publicação, observou-se

predominância do ano de 2010 (25%). E, ainda, verifica-se que grande parte dos estudos foi publicada em periódicos cujo público principal é enfermeiro. Ressalta-se que, embora não demonstrado na Tabela 1, a formação do primeiro autor de todos os estudos foi o enfermeiro.

Nesse contexto, observa-se a constante preocupação de enfermeiros quanto aos

cuidados prestados aos familiares de neonatos hospitalizados. Isso se deve ao fato de os enfermeiros estarem em contato contínuo com os pacientes, inclusive com familiares e acompanhantes.

A partir da leitura e análise dos estudos, agruparam-se as vivências das famílias em três categorias temáticas, as quais estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos estudos de acordo com as categorias temáticas - Foz do Iguaçu, Paraná, 2014.

Categorias temáticas	Número dos artigos
Sentimentos relacionados ao nascimento prematuro	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 12
Hospitalização e separação do trinômio mãe/pai/filho	01, 02, 03, 04, 05, 06, 10, 11, 12
Quebra das expectativas em relação ao nascimento do filho	01, 02, 03, 04, 05, 06, 09, 11

Fonte: Os autores

Considerando a diversidade de sentimentos identificados na primeira categoria, a análise dos artigos apontou para a necessidade de

construir subcategorias, as quais estão descritas na Tabela 3 a seguir

Tabela 3 - Distribuição dos estudos de acordo com os a subcategoria “sentimentos” - Foz do Iguaçu, Paraná, 2014.

Sentimentos relacionados ao nascimento prematuro	Número dos artigos
Tristeza e angústia	01, 02, 03, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11
Culpa	01, 04, 06, 09, 10
Medo	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 11, 12
Esperança, fé e alegria	01, 02, 03, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11

Fonte: Os autores

A seguir, serão discutidas as três categorias temáticas identificadas nos estudos.

Sentimentos relacionados ao nascimento prematuro

Os sentimentos expressos pelos pais têm como característica a ambiguidade, pois ao

mesmo tempo em que se sentem infelizes pelo nascimento prematuro, também expressam felicidade pela sobrevivência e pelo desenvolvimento do filho⁽¹⁶⁾. A princípio, os sentimentos parecem ser mais negativos, expressos em forma de medo, tristeza e angústia. Porém, no decorrer da

hospitalização, modificam-se, surgindo aliados a sentimentos positivos, como fé, confiança, esperança e alegria, levando-os à aceitação em relação à condição do filho.

Tristeza e angústia

Os pais experimentam intensa angústia pelo nascimento prematuro. A sensação de tristeza pode estar relacionada a outros sentimentos, como insegurança, impotência, aflição, medo e culpa, os quais surgem pela separação do filho recém-nascido e o desejo de estar próximo a ele^(7,16-27).

A tristeza referida, muitas vezes, pode ser percebida como uma sensação física, ou seja, esta tristeza pode resultar em problemas físicos que afeta diretamente a família⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. O conceito de psicossomática explica a ocorrência dessas sensações físicas relatadas. Considerando o ser humano como um todo indivisível, percebe-se o inter-relacionamento entre corpo e psíquico levando ao surgimento de sintomas físicos associados a sentimentos intensos⁽²⁸⁾.

Além da tristeza relacionada à preocupação pelo estado de saúde do filho, é importante lembrar que as mães podem apresentar no puerpério sintomas depressivos leves, como o que ocorre no Blues pós-parto, ou até patologias graves, como depressão pós-parto e psicose puerperal.

O Blues pós-parto ocorre em cerca de 50 a 85% das puérperas e causam sintomas como humor depressivo, insônia, fadiga e ansiedade. Esses sintomas raramente têm duração maior que uma semana, por isso não chegam a ser preocupantes, uma vez que fazem parte do processo de adaptação da nova mãe⁽¹¹⁾.

No entanto, 13% das puérperas podem apresentar depressão pós-parto, caracterizada por sinais de tristeza, irritabilidade, incapacidade para cuidar de bebê, fadiga, solidão, culpa e queixas somáticas. A depressão pós-parto costuma ser mais tardia e, em geral, surge entre a quinta e sexta semana após o nascimento. Além disso, os

sintomas persistem por mais tempo em relação ao Blues pós-parto⁽¹¹⁾.

A psicose puerperal tem ocorrência mais rara, porém é a alteração psíquica mais grave que as mães podem enfrentar no pós-parto. Na psicose puerperal ocorrem sintomas como delírios, alucinações, agitação psicomotora e estado confusional, que podem sofrer recidivas nas gestações posteriores ou evoluir para quadros depressivos ou psicóticos não puerperais. Ressalta-se que estes sintomas tendem a agravar diante de situações estressantes, por exemplo, a hospitalização do filho⁽¹¹⁾.

Culpa

A culpa surge como uma necessidade humana de buscar respostas racionais para o nascimento do filho prematuro. Os pais culpam-se consciente ou inconscientemente por terem gerado um filho prematuro, mesmo que não exista nenhum motivo para tal sentimento^(18,26), e, ainda, a culpa advém da percepção dos pais de que são incapazes de ofertar os cuidados necessários aos filhos em situação de vulnerabilidade⁽²⁹⁾.

Entre os doze artigos inseridos neste estudo, cinco abordam o sentimento de culpa. Cabe ressaltar que a maioria destes estudos tem exclusivamente a mãe como sujeita da pesquisa, ou seja, é possível relacionar esse sentimento de forma mais intensa às mães.

Nos estudos analisados, o sentimento de culpa aparece em algumas falas de mães:

“Acho que foi por isso que ela nasceu prematura, se soubesse que minha bolsa estava rompida, poderia ter procurado antes^(7:53).”

“Culpava-me por ver meu filho tão pequeno sofrendo sozinho^(17:22).”

A culpa também pode surgir quando as mães precisam permanecer no hospital com o prematuro, mas que possuem outros filhos. Isso causa um sentimento de negligência, como se as mesmas fossem responsáveis pelo

“abandono” dos demais filhos. Esse fato fica evidenciado no relato a seguir^(16:31):

“A gente sabe que precisa ficar aqui porque eles estão doentes, eles precisam da mãe para dar aquela força, dar carinho, ficar perto, mas a gente se preocupa com os que estão em casa lá abandonados que também precisam da gente e, como fica a cabeça da mãe numa hora dessas sendo só uma pessoa e precisando está em dois lugares ao mesmo tempo?”

Medo

O medo é um sentimento que os pais podem apresentar desde a constatação da gravidez, pois se preocupam intensamente com a ocorrência de más formações e doenças. Com o nascimento prematuro, o principal medo expresso pelos pais está relacionado à morte do filho, o medo de perdê-lo. O medo da morte é algo comum a todo ser humano. Porém, para os pais, a morte do filho é inaceitável porque significa a ruptura do ciclo natural da vida, quando os filhos morrem depois dos pais^(16-21,24-25,29).

Outro fator que contribui para ao medo da morte é o estigma social relacionado à UTIN, que ainda é vista como um lugar para morrer⁽²²⁾. Além disso, refere-se a um ambiente hostil e pouco familiar aos pais, sendo que a utilização de todos os aparatos tecnológicos e o aspecto frágil do recém-nascido também são fatores considerados amedrontadores aos pais⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Há também o medo de sequelas decorrentes da prematuridade, como expresso na fala da mãe^(7:52): “O último fato que eu chorei [...] quando ele deu os três primeiros passinhos [...] agradeci a Deus, porque tinha tanto medo, como ele é prematuro [...] de não andar”.

Esperança, fé e alegria

De maneira geral, os sentimentos mais positivos surgem após algum tempo de internação, quando os pais passam a compreender a situação e perceber que a

UTIN é um ambiente de recuperação de vida. Neste momento, os pais são capazes de aproximar-se mais do filho e adquirir confiança na equipe de saúde^(3,7,18).

A primeira visita na UTIN, apesar de ser um momento de choque, em que afloram sentimentos de tristeza, impotência e angústia, também é visto como um momento de alegria e conformismo, pois os pais constataam que seu filho está vivo e tem a possibilidade de recuperação, graças ao aparato tecnológico e as habilidades dos profissionais que compõe a UTI^(16,18,21,25).

Observar a melhora e a evolução do filho também é um fator que aumenta a esperança e causa alegria aos pais, de forma especial quando passam a ter a possibilidade de auxiliar nos cuidados ao recém-nascido. O contato pele a pele com filho e a possibilidade de cuidá-lo é reconfortante, significando uma reestruturação no exercício da maternidade e da paternidade, o qual fortalece os laços afetivos com o filho^(16-18,21-22).

A esperança na recuperação do filho é expressa, muitas vezes, pela crença em uma figura divina. Na grande maioria desta revisão é possível notar referências à fé e religiosidade. A fé é algo reconfortante para os pais, através dela são capazes de suportar o sofrimento que estão vivenciando^(7,25-26). Em um estudo sobre a religiosidade das mães usuárias do método canguru, observaram que a espiritualidade é um importante suporte para as mães na UTIN. No caso das mães que enfrentavam a morte de seus filhos, a espiritualidade foi um importante fator na elaboração do luto^(25,30).

Acreditar na recuperação do filho tem estreita relação com a confiança que os pais adquirem nos profissionais de saúde. Quando os pais passam a confiar nos profissionais de saúde que prestam cuidados ao seu filho, têm maior tranquilidade em relação a sua recuperação^(7-8,17,20,23,26).

Dois estudos^(7,22) também abordaram as reações dos pais relacionadas à alta hospitalar

do filho. Este momento é considerado de grande alegria, pois significa vitória e o sinal de que os momentos de maior dificuldade foram superados. A alta representa o rompimento do relacionamento do trinômio mãe/pai/filho com o hospital e o nascimento do filho perante a sociedade. O relato de uma mãe reflete a felicidade dos pais no momento da alta de seu filho.

“Nem tudo é tristeza na vida de uma mãe de prematuro, têm momentos de felicidade [...] um deles é viver o dia da alta pra casa, ah! Que alegria é esse dia [...] no momento em que os médicos dão alta, você sente um alívio, uma felicidade imensa, é uma grande emoção de verdade [...] O peito parece que vai explodir de alegria^(7:52).”

Hospitalização e separação do trinômio mãe/pai/filho

A fragilidade do recém-nascido prematuro exige a assistência especializada em uma UTIN. A hospitalização logo após o nascimento rompe com o convívio do trinômio formado pela mãe, pai e o filho, interrompendo um momento importante para a formação dos laços afetivos familiares. O momento logo após o parto é um período significativo para a formação do vínculo, sendo que pais e recém-nascidos estão mais propensos a um primeiro contato^(23,31).

A mãe que não pode entrar em contato com o filho logo após o nascimento pode sentir-se só, vazia e preocupada com a saúde do filho. E, ainda, pode não vivenciar o fluxo de sentimentos positivos que são desencadeados pela beleza e responsividade do bebê^(3,31).

A separação do filho é para elas como perder parte do próprio corpo, o que também pode estar relacionado ao aparente estado de luto. Este sentimento fica evidenciado nos relatos a seguir:

“Tem que tentar superar, mas dá um aperto no coração [...]. Ela saiu de mim, dá vontade de ficar no lugar dela, porque nós

somos mais resistentes; mas como não pode, né, fazer o quê?^(17:22)”

“Eu sinto muita dor, dá um vazio no coração da gente, é como se parte da gente ficasse no hospital^(17:22).”

De fato, todas as mães experimentam a tristeza após o parto como forma de adaptação ao surgimento de um novo ser, agora fora de seu corpo.

Em um estudo com mães que tiveram partos a termo foi observado que elas ficavam ansiosas, inseguras e vulneráveis devido à separação de seus filhos logo após o parto. Para a mãe de um recém-nascido prematuro, essa separação é ainda mais longa e traumatizante. Por isso, as mães demonstram tristeza e angústia pela separação do filho recém-nascido e sentem necessidade de uma maior aproximação com o bebê^(9,25,32).

Por um determinado período, principalmente o de maior gravidade, existe por parte da mãe uma sensação de que o filho pertence à equipe da UTIN. Quando a mãe pode participar dos cuidados do filho durante sua hospitalização na UTIN, como realizar a higienização no leito, fornecer dieta por sonda ou mesmo segurar no colo, é como se ela recuperasse o seu papel maternal, que está fortemente relacionado ao fato de ser capaz de alimentar e cuidar da criança^(8,16,26).

Muitas mães podem não sentir proximidade com o filho prematuro até que possam aconchegá-lo no colo e alimentá-lo. A possibilidade de estar a sós com o filho também parece ser fator importante para intensificar seus sentimentos de ligação^(31,33) e a equipe assistencial tem papel essencial na inserção precoce da família neste processo⁽³⁴⁻³⁵⁾.

A hospitalização do recém-nascido leva as mães a vivenciar o puerpério de forma peculiar, pois, além da separação física com o filho, estas podem não experimentar um período de autocuidado necessário as suas condições físicas em razão dos frequentes deslocamentos ao hospital, onde podem estar

mais próximas dos seus filhos. Somado ao autocuidado, existem as dificuldades socioeconômicas devido ao gasto financeiro relacionado aos frequentes deslocamentos⁽⁷⁾.

A permanência da mãe junto com o filho durante a hospitalização, como é o caso daquelas que vivenciam o método canguru, é fundamental para a formação do vínculo e a recuperação da criança, submete a mãe a uma quebra no convívio social e familiar. Trata-se de uma forma eficaz e segura de aproximação entre pais e filhos, fortalece os laços familiares e diminui a angústia referente à separação. Além disso, a participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido os prepara para os cuidados pós-alta, proporcionando segurança e confiança no seguimento do recém-nascido em âmbito domiciliar⁽¹³⁾. Por outro lado, pode ocorrer um conflito entre o papel de mãe acompanhante e suas responsabilidades familiares com os demais filhos, causando nas mães sensações de impotência, irresponsabilidade e negligência, gerando, assim, uma ruptura temporária ou definitiva na estrutura familiar⁽¹³⁾.

O relacionamento com a equipe de saúde também é fator importante para o enfrentamento dos pais. Os esclarecimentos recebidos pela equipe de saúde, a atenção e o convívio diário são fatores fundamentais para que os pais adquiram confiança nos profissionais^(7,9,27,35).

As informações fornecidas pelos profissionais de saúde trazem alívio e esperança para os pais, como demonstrado no trecho a seguir:

“Uma vez, eu estava perto da incubadora, pensando se conseguiria passar por tudo aquilo [...]. A enfermeira chegou perto de mim e disse: - O nenê prematuro é muito espertinho [...] É só ter fé e tudo vai dar certo [...] Quando ouvi aquilo, coloquei essas palavras na minha cabeça e vim pensando sempre no que a enfermeira tinha dito e vi a menina escapar^(22:96).”

Em alguns casos, a comunicação entre família e equipe é deficiente, causando ainda mais ansiedade. A falta de informação repassada pelos profissionais de saúde à figura do pai de recém-nascidos prematuros leva à insegurança e incerteza. É importante que o pai receba esclarecimentos suficientes para facilitar o estabelecimento dos laços afetivos com o filho e para que seja capaz de auxiliar a companheira para juntos superarem o momento de crise^(19,35).

Quebra das expectativas em relação ao nascimento do filho

Durante a gestação e mesmo antes dela, os futuros pais criam a imagem mental do filho esperado, idealizando características físicas ou psicológicas que o bebê poderá ter. Na ocasião do nascimento, essa imagem idealizada dá lugar à imagem do bebê real, que é diferente do imaginado anteriormente^(11,17-18,33).

O primeiro contato com o filho é um momento de transição, em que os pais ajustam a imagem do filho idealizado na gravidez com a imagem do bebê real. Para os pais de prematuros é ainda mais difícil ajustar essa imagem. Eles precisam lidar com a aparência de um recém-nascido magro, de aspecto frágil e, muitas vezes, não pode ser alimentado no seio ou ser aconchegado no colo da mãe devido a sua instabilidade fisiológica^(31,33,35).

O parto pré-termo em si já é uma ocorrência inesperada, que significa romper com o sonho de ter um filho saudável, em uma gestação a termo e livre de intercorrências⁽²²⁾. Para a mulher, vivenciar a gestação, ser mãe e poder ter o filho nos braços são momentos planejados e aguardados durante meses. Porém, com o nascimento prematuro, as mães veem esse desejo desfeito, não podendo permanecer com o filho da forma que era desejada^(23,29).

Os pais que são informados durante a gestação sobre o risco de parto prematuro, no

caso das gestações de alto risco, costumam lidar melhor com a situação, ficando menos frustrados ao constatar que o filho tem características diferentes daqueles bebês nascidos a termo⁽¹⁰⁾. Porém, mesmo as mães que têm consciência do risco de parto prematuro mantêm a esperança de que o filho nasça saudável e com boa vitalidade para permanecer junto da mãe após o parto⁽¹⁶⁾.

A fala do pai exemplifica o choque pela aparência física do prematuro que é totalmente diferente daquela esperada:

“Chegava em casa depois da visita [...]. Vinha a imagem que eu tinha deixado [...]. A imagem impressionante dela com os aparelhos, os tubos, fios, soros [...]. Ela era tão pequenininha, não tinha cabelo, era miudinha, só tinha aparelhos. Tudo nela era muito diferente das crianças que eu conhecia, o corpinho, o jeito dela, o sofrimento [...]”^(22:96).

A primeira visita dos pais ao filho hospitalizado em UTIN é um momento de choque e incredulidade, principalmente pela visão do filho utilizando os aparatos tecnológicos necessários a sua sobrevivência, como sondas, tubo orotraqueal, acesso venoso, incubadora e fototerapia^(7,19). Essa imagem vai ao desencontro com tudo aquilo que era esperado na gestação. Dessa forma, toda a diferença entre o filho imaginado e o filho real pode gerar uma reação de luto nos pais, causada pela perda do bebê perfeito que era esperado^(18,25,35).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos estudos possibilitou observar a importância da atuação dos profissionais de saúde em UTIN por meio de informações precisas, orientações sobre os cuidados aos recém-nascidos e palavras de apoio.

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, precisam fortalecer o cuidado familiar como parte do cuidado aos recém-nascidos prematuros. É necessário apoiar os

familiares, auxiliá-los na aceitação da condição da criança e na reorganização da rotina familiar. Nesse sentido, torna-se necessária uma abordagem voltada a aspectos psicológicos de recém-nascidos e famílias, considerando os primeiros dias de vida como fundamentais para a formação do vínculo entre pais e filhos.

Desse modo, o Método Canguru apresenta-se como estratégia essencial para o cuidado ao recém-nascido de risco, uma vez que inclui aos cuidados as necessidades emocionais da família.

REFERÊNCIAS

1. Noronha GA, Torres TG, Kale PL. Infant survival analysis according to maternal, pregnancy, parturition and newborn characteristics in the live birth cohort of 2005 in the Municipality of Rio de Janeiro-RJ, Brazil. *Epidemiol. serv. saúde.* 2012; 21(3):419-30. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n3/v21n3a07.pdf>
2. Lopes AAT, Tani G, Maia JAR. Neuromotor performance, prematurity and low birth weight. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.* 2011; 13(1):73-81. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/1980-0037.2011v13n1p73/16390>
3. Santos TAS, Dittz ES, Costa PR. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2012; 2(3):438-50. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/220/408>
4. WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CPHowson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf

5. Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev. Saude Publica.* 2011; 45(4):635-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2457.pdf>
6. Dória MT, Spautz CC. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. *Femina.* 2011; 39(9):443-9. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n9/a2957.pdf>
7. Tronchin DMR, Tsunehiro MA. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Rev. Bras. Enferm.* 2005; 58(1):49-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a09.pdf>
8. Roso CC, Costenaro RGS, Rangel RF, Jacobi CS, et al. Vivências de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Rev. Enferm. UFSM.* 2014; 4(1):47-54. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10246/pdf>
9. Chertok IR, McCrone S, Parker D, Leslie N. Review of interventions to reduce stress among mothers of infants in the NICU. *Adv Neonatal Care.* 2014; 14(1):30-7. doi: 10.1097/ANC.0000000000000044
10. Santana EFM, Madeira LM. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2013; 3(1):475-87. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/279/379>
11. Schardosim JM, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev. gaúch. enferm.* 2011; 32(1):159-66. Disponível em:
12. Gomes CA, Hahn GV. Manipulação do recém-nascido internado em UTI: alerta à enfermagem. *Rev Destaques Acadêmicos.* 2011; 3(3):113-22. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/issue/view/30/showToc>
13. Borck M, Santos EKA. Método Canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2012; 16(2):263-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/08.pdf>
14. Silva LG, Araújo RT, Teixeira MA. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. *Rev Eletr Enf [Internet].* 2012; 14(3):634-43. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a21.pdf
15. Crossetti, MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. *Rev. gaúch. Enferm.* 2012; 33(2):8-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n2/01.pdf>
16. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC, Carvalho JBL, Silva MLC. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Rev. bras. Enferm.* 2009; 62(5):729-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/13.pdf>
17. Sales CA, Alves NB, Vrecchi MR, Fernandes J. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. *Rev. bras. Enferm.* 2006; 58(1):20-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a04v59n1.pdf>
18. Cruz ARM, Oliveira MMC, Cardoso MVLML, Lúcio IML. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica.

Rev. eletr. enferm [internet], 2010; 12(1):133-9. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a16.pdf

19. Carvalho JBL, Araújo ACPF, Costa ICC, Brito RS, Souza NL. Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. bras. enferm. 2009; 62(5):734-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/14.pdf>

20. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC, Medeiros-Junior A, Accioly-Junior H. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. Rev. Min Enferm. 2010; 14(2):159-65. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4cbd7dcfe085a.pdf

21. Araújo BBM, Rodrigues BMRD. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em unidade de tratamento intensivo neonatal. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010; 44(4):865-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/02.pdf>

22. Tronchin DMR, Tsunehiro MA. Cuidar e conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. Rev Latino-Am Enferm. 2006; 14(1):93-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a13.pdf>

23. Sales CA, Vrecchi MR, Mikuni PK, et al. Vivenciando a facticidade em dar existência ao filho prematuro: compreensão dos sentimentos expressos pelas mães. Acta Scientiarum Health Science. 2005; 27(1):19-23. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1432/801>

24. 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 Rev. Enferm.. 2013;

17 (1):46-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/07.pdf>

25. Rocha L, Monticelli M, Martins A, et al. Sentimentos paternos relacionados à hospitalização do filho em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. enferm. UFSM. 2012; 2(2):264-74. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5382/3750>

26. Anjos LS, Lemos DM, Antunes LA, Andrade JMO, Nascimento WDM, Caldeira AP. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. Rev. bras. enferm. 2012; 65(4):571-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a04y65n4.pdf>

27. Finlayson K, Dixon A, Smith C, Dykes F, Flacking R. Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. Sex Reprod Healthc. 2014; 5(3):119-24. Disponível em: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/journal/1-s2.0-S1877575614000305>

28. Prado MAP, Rodrigues AL. Estresse pós-traumático: o impacto psíquico das complicações pós-operatórias. Advances in Health Psychology. 2014; 22(1):49-60. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/MJD/article/viewArticle/4419>

29. Carmona EV, Vale IN, Ohara CVS, Abrão ACFV. Diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” em mães de recém-nascidos hospitalizados. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013; 21(2):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0571.pdf

30. Santos LM, Silva CLS, Santana RCB, Santos VEP, Franco BC. Rede e apoio social de pais de prematuros hospitalizados na unidade de

terapia intensiva neonatal. Rev pesq: cuid fundam. 2012; 4(4):2789-96. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1807/pdf_617

31. Roecker S, Marcon SS, Decesaro MN, Waidman MA. Binômio mãe-filho sustentado na teoria do apego: significados e percepções sobre centro de educação infantil. Rev. enferm. UERJ. 2012; 20(1):27-32. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3971/2754>

32. Fucks IS, Soares MC, Kerber NPC, Meincke SMK, Escobal APL, Bordignon SS. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. Av Enferm. 2015; 33(1):29-37. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a04.pdf>

33. Melo RCJ, Souza IEO, Paula CC. O sentido do ser mãe que tem a possibilidade de tocar o filho prematuro na unidade intensiva: contribuições para a enfermagem neonatal. Esc. Anna Nery Rev. Enferm.. 2012; 16(2):219-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/02.pdf>

34. Schmidt KT, Terassi M, Marcon SS, Higarashi IH. Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo. Rev. bras. enferm. 2013; 66(6):833-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/04.pdf>

35. Schmidt KT, Sassá AH, Veronez M, Higarashi IH, Marcon SS. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2012; 16(1):73-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a10.pdf>

Recebido em: 03/03/2015

Versão final reapresentada em: 14/06/2016

Aprovado em: 16/06/2016

Endereço de correspondência

Rosane Meire Munhak da Silva

Av. Tarquínio Joslin dos Santos nº 1300.

CEP 85870-650 Foz do Iguaçu/Paraná. Brasil

E-mail: zanem2010@hotmail.com