



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Fernanda Rocha Gorgulho

**Tão perto, tão longe: a vivência do enfermeiro na
construção/desenvolvimento da relação mãe/recém-nascido na Unidade
Terapia Intensiva Neonatal**

Rio de Janeiro

2009

Fernanda Rocha Gorgulho

**Tão perto, tão longe: a vivência do enfermeiro na construção/desenvolvimento da
relação mãe/recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof. Dr^a. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

G667 Gorgulho, Fernanda Rocha.
Tão perto, tão longe: a vivência do enfermeiro na construção/desenvolvimento da relação mãe/recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal / Fernanda Rocha Gorgulho. - 2009.
71 f.

Orientador: Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem de tratamento intensivo. 2. Tratamento intensivo neonatal. 3. Mãe e filhos. 4. Fenomenologia. 5. Schutz, Alfred, 1899-1959. I. Rodrigues, Benedita Maria Rêgo Deusdará. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Fernanda Rocha Gorgulho

**Tão perto, tão longe: a vivência do enfermeiro na construção/desenvolvimento da
relação mãe/recém-nascido na Unidade Terapia Intensiva Neonatal**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 15 de dezembro de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Teresinha de Jesus Espírito Santo da Silva
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

Prof.^a Dr.^a Sylvia Alves Cibeiros
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo as mães que passam todos os dias pela difícil experiência da internação de seus filhos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, mantendo sempre a esperança, o carinho e amor por seus pequeninos bebês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a querida orientadora Bené, que esteve presente a todo momento me conduzindo de forma carinhosa pelos caminhos acadêmicos. Para mim será sempre um exemplo a ser seguido.

A minha família, que é o alicerce de tudo, e sempre acreditou e acredita no meu potencial.

Um agradecimento especial aos amigos fenomenólogos Maria da Glória e José Antônio, que em meio a nossa constante busca em compreender os mistérios da fenomenologia, tornaram esses dois anos muito mais agradáveis por sua alegria e companheirismo. Obrigada!

Às professoras Sylvia Cibreiros, Teresinha de Jesus, Maria Cristina e Suely Rezende, por tão prontamente aceitarem a fazer parte da minha banca e pela enorme contribuição ao meu estudo.

Aos colegas de trabalho, os enfermeiros do HGB, que além de se disponibilizarem a participarem desse estudo como meus sujeitos, ainda respeitaram e apoiaram meus momentos de leitura e estudo em meio aos plantões.

Às funcionárias da Biblioteca, que sempre muito solícitas, não medem esforços para nos ajudar.

E enfim, um obrigada a todos da Secretaria de Pós-Graduação, pela ajuda nesses momentos finais, possibilitando a concretização desse projeto.

O amor é o fundamento do fenômeno social e não uma consequência dele. Em outras palavras, é o amor que dá origem à sociedade; a sociedade existe porque existe o amor e não o contrário, como convencionalmente se acredita. Se falta o amor (o fundamento) destrói-se o social.

Leonardo Boff

RESUMO

GORGULHO, Fernanda Rocha. **Tão perto, tão longe**: a vivência do enfermeiro na construção/desenvolvimento da relação mãe/recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 2009. 71 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Não há dúvidas sobre a grandeza e intensidade que pode existir no relacionamento entre mãe e filho, porém, quando esse recém nascido é um bebê prematuro e/ou necessita de hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensivo Neonatal (UTIN) pode haver um choque, uma grande decepção, pois essa mãe não poderá interagir de forma plena com seu filho, não poderá amamentar e nem cuidar dele da forma habitual que se espera. Neste sentido, esse estudo propõe uma reflexão sobre a atuação do enfermeiro quanto à relação mãe/recém-nascido na UTIN. Assim sendo, tem-se como **objeto** A vivência do enfermeiro na construção/desenvolvimento da relação mãe/recém-nascido na UTIN. E como **objetivo** Compreender o significado da ação do enfermeiro na aproximação mãe/recém-nascido. Para o embasamento teórico foi necessário pensar sobre a prática do enfermeiro na UTIN, no que diz respeito a sua assistência, o processo de humanização neste ambiente e na inserção da família nos cuidados. Outro conceito fundamental discutido foi a interação, destacando o pensamento fenomenológico de Alfred Schutz. Estudo do tipo descritivo, desenvolvido com abordagem qualitativa e o referencial teórico-metodológico da fenomenologia. O cenário para sua realização foi a UTIN de um grande hospital da rede pública, localizado no subúrbio da cidade do Rio de Janeiro e foram sujeitos 16 enfermeiros lotados nesta unidade. A entrevista fenomenológica foi a técnica utilizada para captar as vivências profissionais e em seguida realizou-se a análise compreensiva tendo em vista a categorização. Como resultado chegou-se a 3 categorias do vivido; (1) ambientar as mães na UTIN: o começo da relação,(2) aproximar através do toque: usando os sentidos para se relacionar e (3) melhorar a relação entre mãe/recém-nascido: pensando no futuro. Além dessas categorias foi possível a apreensão do contexto vivencial das experiências dos enfermeiros no relacionamento com as mães de recém-nascidos na UTIN. Conclui-se que os enfermeiros que trabalham em UTIN têm a percepção de quão fundamental é promover a aproximação entre mãe e filho nesse ambiente. Contudo, essa ação ainda acontece de forma intuitiva, sem nenhum embasamento, e ainda muitas vezes é desprestigiada em detrimento da grande carga de trabalho deste setor, ou a gravidade do recém-nascido. É preciso que haja um maior engajamento por parte dos enfermeiros, em aprimorar as estratégias de aproximação entre mãe e recém-nascido, visando sempre um relacionamento mais saudável e harmonioso no futuro. Deste modo, o estudo contribui para enriquecer esta temática e despertar nos enfermeiros neonatologistas um olhar que compreenda não só os aspectos biológicos, mas também os psicossociais e torne, assim, a assistência ao recém nascido e sua família mais plena.

Palavras-chave: Recém-nascidos. Mães. UTI Neonatal. Interação. Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT

There is no doubt about the magnitude and intensity you'll find in the relationship between mother and son however, when the newborn is a premature baby and / or require hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) may be a shock and a big disappointment for this mother, because she will not interact fully with your baby, could't breastfeed and care him like she hope. In this sense, this study proposes a reflection on the nurse's role in the relationship mother / newborn in NICU. Therefore, there has been as subject the nurse experience in construction and development of the relationship between mother / newborn in NICU. And as objective: to understand the meaning of the nurse's action in bringing closer the mother and the newborn. For the theoretical base was necessary to think about the practice of nurses in NICU, with regard to their assistance, the humanization process in this environment and the integration of family care. Another key concept discussed was the interaction highlighting the phenomenological approach of Alfred Schutz. Descriptive study, developed with a qualitative approach and theoretical - methodological phenomenology. The setting for the meeting was a NICU of a large public hospital located on the outskirts of Rio de Janeiro and 16 nurses in this unit were the subjects. The phenomenological interview was the technique used to capture the professional experiences and then held a comprehensive analysis aimed at categorization. As a result reached the 3 categories of living; (1) Setting the mothers in the NICU: the beginning of the relationship, (2) close by touch: using the senses to relate and (3) improve the relationship between mother and newborn: thinking about the future. In addition to these categories was possible to apprehend the living context of nurses experiences in the relationship with the mothers of newborns in the NICU. It was concluded that the nurses in NICU have long understood how important it is to promote rapprochement between mother and child in this environment. However, this action still happens intuitively, without any foundation, and still is often discredited instead of the large workload in this sector or newborn severity. A greater involvement by nurses in improving the strategies of rapprochement between mother and newborn is needed always seeking a healthier and harmonious relationship in future. Thus, the study helps to enrich and raise this issue in neonatology nurses a look that includes not only the biological, but also the psychosocial and make thus assisting the newborn and his family more fully.

Keywords: Neonates. Mothers. Neonatal ICU. Interaction. Neonatal Nursing.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|--|----|
| | CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 10 |
| 1 | REFERENCIAL TEÓRICO | 16 |
| 1.1 | O trabalho na UTIN e o relacionamento com a família | 16 |
| 1.2 | Pressupostos de Schutz quanto às relações interativas | 20 |
| 2. | CAMINHO METODOLÓGICO | 25 |
| 2.1 | Caracterização do estudo | 25 |
| 2.2 | Fenomenologia Social de Schutz como fundamentação filosófica ... | 27 |
| 3 | TRAJETÓRIA DO ESTUDO | 29 |
| 3.1 | Cenário e sujeitos | 29 |
| 3.2 | Captando as entrevistas | 31 |
| 4 | ANÁLISE COMPREENSIVA | 34 |
| 5 | CATEGORIAS DO VIVIDO | 36 |
| 5.1 | Ambientar as mães a UTIN: o começo da relação | 36 |
| 5.2 | Aproximar através do toque: usando os sentidos para se relacionar | 39 |
| 5.3 | Melhorar a relação entre mãe/recém-nascido: pensando no futuro.... | 42 |
| 6 | ANÁLISE DO CONTEXTO VIVENCIAL DAS EXPERIÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO RELACIONAMENTO COM AS MÃES DE RECÉM-NASCIDO NA UTIN | 45 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 54 |
| | REFERÊNCIAS | 59 |
| | Apêndice A – Instrumento de coleta de dados: roteiro da entrevista | 65 |
| | Apêndice B – Cronograma de atividades | 66 |
| | Apêndice C – Termo de Consentimento | 67 |
| | Apêndice D – Carta ao Comitê de Ética | 68 |
| | Apêndice E – Carta à diretora da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal | 69 |
| | Anexo A – Folha de rosto do CONEP | 70 |
| | Anexo B – Folha de aprovação do Comitê de Ética | 71 |

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Poucas imagens sensibilizam tanto quanto uma cena de carinho entre uma mãe e seu bebê. Este carinho nos remete a um amor sincero sem interesse ou a espera de nenhum retorno; um amor que geralmente se inicia no momento em que a mãe tem ciência de sua gravidez e se torna muito maior quando o bebê nasce¹.

Não há dúvidas sobre a grandeza e intensidade que pode existir no relacionamento entre mãe e filho, porém quando esse recém nascido é prematuro ou com problemas de saúde e necessita de hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) pode haver um choque para essa mãe, uma grande decepção, pois essa mãe não poderá interagir de forma plena com seu filho, não poderá amamentar e tão pouco cuidar dele da forma habitual que se espera.

Desta forma, o estabelecimento de um relacionamento e do apego corre o risco de ser prejudicado pela falta de oportunidade da mãe interagir com seu filho, gerando desordens no relacionamento futuro de ambos. Pesquisas mostram que o comportamento de apego se desenvolve desde a vida intra-uterina e que é fundamental o contato entre mãe e filho nos momentos iniciais da vida pós-natal (SCOCHI et al., 2003).

Tettamanti (2008) afirma que a relação mãe-filho é uma aprendizagem conjunta, é uma dupla em estado de aprendizagem-conhecimento, assim sendo os dois passaram por momentos difíceis, fortes e intensos, mas necessitam desse contato para estabelecerem essa relação.

Oliveira e Collet (1999) destacam que a capacidade do ser humano para estabelecer relações sociais é iniciada e adquirida na relação mãe-filho. É desse relacionamento que se estabelece o modelo para todas as relações humanas que virão no futuro.

O choque da hospitalização, a impossibilidade de cuidar plenamente de seu filho que corre risco de vida e a rotina estressante e confusa do ambiente de uma Unidade Neonatal justificam o surgimento de uma gama de sentimentos, que serão vivenciados por essa mãe neste contexto, que segundo Cechetto (1996), perpassam pela culpa, sentimento de perda muito próximo, medo, depressão, negação, agressividade e outras.

¹ Contudo, Elizabeth Badinter (1985) desnaturaliza a visão romântica e inata do amor da mãe por seu filho no livro; um amor conquistado: o mito do amor materno, portanto as considerações feitas levam em conta mulheres que desejam suas gravidezes, ou seja, desejam seus filhos.

De acordo com Maldonado (2002), o bebê ao nascer se constitui num enigma: representa esperança de auto-realização para os pais e, ao mesmo tempo, uma ameaça de expor suas dificuldades ou deficiências, em situações especiais, como no caso da hospitalização por exemplo. Desta forma uma mãe de um recém-nascido hospitalizado pode considerar-se incapaz de cuidá-lo e ter problemas para estabelecer um vínculo com essa criança.

Desde minha formação na graduação, por questões de afinidade pessoal, me interessei pela área da pediatria e em específico a Neonatologia. Já em minha monografia de conclusão de curso escolhi estudar assuntos desta temática. Meu objeto de estudo naquela ocasião tratou das dificuldades que as mães de prematuros encontram em amamentar seus filhos internados em uma UTIN.

Como resultados de minha pesquisa, percebi que essas mães enfrentam muitas dificuldades e recebem um suporte pouco adequado pela equipe de enfermagem. Elas passam por momentos extremamente delicados e difíceis. O ambiente hospitalar geralmente é desconhecido e pouco acolhedor, e o risco de perder seu filho configura-se em um medo constante, juntamente com o sentimento de impotência em proteger a vida dele.

Naquele momento percebi também, que enfermeiros, ou melhor, profissionais de saúde que se dispõem a trabalhar nesses setores devem ter a percepção e a sensibilidade bastante apuradas para compreender esse momento na vida dessas mulheres e ajudá-las da melhor forma possível.

Com estas questões em meus pensamentos, iniciei minha vida profissional em uma UTIN de um hospital pediátrico da rede particular da cidade do Rio de Janeiro. Neste cenário tive a oportunidade de grande aprendizado prático e reconhecimento de rotinas deste ambiente tão intenso e específico.

Alguns meses depois, passei a trabalhar em um grande hospital da rede pública, novamente em uma UTIN. Desta vez, ambientada com todas as questões práticas e procedimentos, tive disponibilidade para começar a observar o comportamento das mães e equipe, da qual faço parte, e as questões do tempo de graduação voltaram a me inquietar.

Um olhar mais atento às demandas do dia-a-dia me fez perceber que, em meio à rotina agitada da UTIN, muitas vezes as mães são vistas meramente como visitantes ou fornecedoras de leite. Nesse caso quando os recém-nascidos recebem algum tipo de alimentação enteral, as mães entram na UTIN, realizam a ordenha do leite e o entregam a enfermeira para que seja oferecido ao recém-nascido, geralmente por sonda orogástrica e pouco participam dos cuidados prestados a seus filhos.

Assim, assumem um papel muito aquém de seu real desejo e potencial, contudo frente à postura pouco problematizadora/reflexiva da equipe de enfermagem, essas mães têm grandes dificuldades em romper este paradigma. Esta equipe, por vezes, consegue até perceber a necessidade da maior participação materna, porém não há qualquer movimento para mudar essa realidade, ou seja, não existe uma real reflexão crítica que promova alguma mudança de postura, sobre este aspecto.

A equipe de enfermagem pode ter um comportamento ainda mais injusto do que colocar essas mães no papel de visitantes, o de julgá-las por não estarem próximas de seus filhos, rotulado-as como desinteressadas. Pode parecer um contra-senso, um paradoxo, porém essas situações são muito comuns. As mães são criticadas por não estarem presentes nas UTINs, porém quando se dispõem a passar grande parte do dia neste ambiente, têm suas ações tolhidas, são constantemente postas na posição de espectador e mais uma vez somente como fonte de leite.

Esta situação remete mais uma vez à falta de reflexão da equipe, pois percebem a importância da mãe ao lado de seu filho, porém não conseguem articular essa presença ao dia-a-dia da UTIN. Geralmente, não há por parte do profissional de enfermagem o cuidado em procurar saber o porquê daquela mãe não estar perto de seu filho. Neste momento, muitas se sentem culpadas e não conseguem enfrentar aquela situação. Estas devem ser encorajadas a se aproximarem e acompanhar o desenvolvimento dos filhos. Para Klaus e Kennel (1993), quanto mais tempo uma mãe espera para ver seu filho recém-nascido, mais tempo terá para imaginar que suas piores fantasias são verdadeiras.

Nos setores de cuidados intensivos, geralmente aspectos biológicos são priorizados em relação aos psicossociais, devido à gravidade dos clientes. E infelizmente, essa realidade é bastante aceita pelos profissionais que atuam nessas unidades.

Neste ambiente, que respira risco de morte iminente, pouco se faz para estimular o vínculo entre a mãe e este ser tão frágil e pequenino (ARAÚJO, 2007).

Certo dia, ao conversar com uma mãe, fui surpreendida com a seguinte frase: “ não sei como vai ser quando eu levar ele pra casa, nunca troquei uma fralda e nem conheço o chorinho dele, dos outros filhos eu já conhecia bem, mas esse ficou aqui tanto tempo, não conheço as coisinhas dele.”²

² Fala reproduzida de diálogo em caráter informal entre enfermeira e mãe de recém-nascido internado na UTIN. Não faz parte da coleta de dados da pesquisa.

E assim mais uma vez tive certeza que, nós enfermeiros, não estamos valorizando de forma apropriada a relação mãe/recém-nascido no ambiente hospitalar.

Em uma unidade Neonatal, mesmo uma mãe que tenha boas intenções e um grande amor por seu filho, deve ser estimulada a conhecer e a reconhecer seu bebê, pois pode haver por parte dela um grande receio, mesmo que inconsciente, de manter um relacionamento com ele devido ao risco de morte.

Para Valansi e Morsch (2004), o serviço hospitalar representa uma “interdição” do contato entre mãe e filho, assim possivelmente quando ambos saírem da maternidade a mãe tem chances de ocupar uma função mais médica do que maternal. O que não se configura em um relacionamento saudável.

Oliveira e Collet (1999, p.2) afirmam: “O enfermeiro que opta pelo ‘cuidar de crianças’ deve buscar a compreensão do fenômeno ‘relacionamento pais-filhos’.”

Ainda hoje persistem resquícios do pensamento do início do século XIX, onde de acordo com Klaus e Kennel (1993), a criança era completamente separada dos pais durante a hospitalização, e em alguns hospitais as visitas restringiam-se a 30 a 60 minutos semanais, visando o controle de infecção. Atualmente, mesmo com o movimento de humanização crescente nas UTINs, ainda podemos observar enfermeiros que recebem as mães na UTIN e levam um grande tempo explicando os procedimentos de lavagem das mãos e exemplificando outras possíveis formas de contaminação do recém-nascido. Em contra partida, não se preocupam em familiarizar as mães com o ambiente da unidade, não explicam a função e o funcionamento de nenhum daqueles aparelhos que fazem parte do aparato tecnológico de um setor intensivo e não estimulam nenhum tipo de contato nem mesmo um afago através da portinhola da incubadora.

Não se trata de criticar os cuidados no que se refere ao controle de infecção, porém estes profissionais devem ter a percepção de que tão importantes quanto os cuidados referentes a questões de controle de infecção são os cuidados relativos ao relacionamento mãe/recém-nascido, é preciso apresentá-los e estimular a aproximação entre eles, já tão dificultada devido à hospitalização.

Contudo, não se pode fazer generalizações, em algumas UTINs um cuidado mais humanizado é realidade. Reichert, Lins e Collet (2007) nos fazem lembrar que o próprio Ministério da Saúde preconiza ações voltadas para o respeito às individualidades, a garantia da tecnologia que permita a segurança do recém-nato e o acolhimento ao bebê e sua família com ênfase no cuidado voltado ao psiquismo, com vistas a facilitar o vínculo pais-recém-nascidos durante a permanência no hospital e após a alta.

O importante é conseguir uma uniformidade de tratamento entre as UTINs e que o cuidado não seja fragmentado.

Desta forma, para o desenvolvimento de minha dissertação, não tive dúvidas, queria estudar a participação do enfermeiro na construção da relação mãe e seu filho recém-nascido internado. A seguinte questão norteou o estudo: **Como o enfermeiro que trabalha em uma UTIN atua para a construção/desenvolvimento da relação mãe/recém-nascido?**

O estudo teve como objeto **A vivência do enfermeiro na construção/desenvolvimento da relação mãe/recém-nascido na UTIN**, e o objetivo de **Compreender o significado da ação do enfermeiro na aproximação mãe/recém-nascido na UTIN**.

Durante o processo de construção do projeto desse estudo, ao fazer o levantamento bibliográfico para contextualização da temática, busquei nas principais bases de dados como LILACS, MEDLINE, SCIELO e BDeInf, usando os descritores UTI neonatal, enfermagem e família, artigos abrangendo tal temática. Ao final do levantamento pude perceber que existem muitos artigos publicados neste contexto. Foi usado um recorte temporal de 10 anos (1997-2007)

Encontrei cerca de 80 artigos diferentes que após o cruzamento de palavras e ao ler essa produção há grande incidência de artigos que discorrem sobre; a humanização das UTINs, a participação da família nos cuidados ao recém-nascido, a vivência das mães na UTIN, os conflitos e negociações entre família e equipe em UTINs, o ambiente e seu efeito sobre o recém-nascido dentre outros. Porém, desses poucos tratam especificamente sobre trabalhos que discorram sobre a contribuição do enfermeiro, tendo estes como sujeitos e as estratégias usadas para a formação da relação mãe/recém-nascido.

Contudo, entendo que o enfermeiro assume o papel de facilitador na formação da relação mãe/recém-nascido, visto que mantêm um relacionamento bastante próximo as mães por estar constantemente presente no ambiente da UTIN. Tendo, certamente, capacidade para executá-lo de forma satisfatória.

Durante a formação acadêmica, o enfermeiro é sensibilizado e preparado para perceber não só as demandas físicas e também as psicossociais dos seus clientes.

Assim, considero que o estudo proposto pode contribuir para enriquecer esta temática e despertar nos enfermeiros neonatologistas um olhar que compreenda não só os aspectos biológicos, mas também os psicossociais e torne, assim, a assistência mais plena. Que estes consigam incorporar as mães nos cuidados aos seus filhos, aproximando-as destes, fazendo com que sintam-se seguras após a alta, garantindo assim um desenvolvimento muito mais

saudável e afetuoso para esta família. E como neste estudo procuro a experiência e vivência dos enfermeiros espera-se que, outros enfermeiros ao lerem se identifiquem e repensem suas práticas.

Para a academia, espero que haja uma contribuição à medida que todo estudo deve suscitar novas questões aos acadêmicos e fazer com que novos assuntos sejam introduzidos às discussões. E como se trata de uma pesquisa sobre a vivência profissional, seus dados trarão subsídios aos jovens profissionais, como informações, para que logo ao ingressarem em sua vida profissional estejam atentos as questões do cuidar de forma ampla.

E ainda, pensando em um âmbito mais abrangente, almejo contribuir para a sociedade de forma geral, visto que passar pela experiência de ter um filho, sobrinho, neto etc., em uma UTIN, pode ocorrer a todos nós, e assim quando temos um enfermeiro mais consciente de seu papel na construção das relações familiares deste recém-nascido, todos serão beneficiados, à medida que esta criança terá um desenvolvimento mais saudável e a família um suporte muito mais eficiente.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.2 O trabalho na UTIN e o relacionamento com a família

Neste momento, espera-se despertar o interesse para as questões do âmbito psicossocial do trabalho na UTIN e do relacionamento do enfermeiro com a família dos recém-nascidos neste ambiente.

Para conhecer a vivência do enfermeiro na construção da relação entre mãe/recém-nascido é interessante familiarizar-se com o seu trabalho e as circunstâncias pelas quais passa no cotidiano de uma UTIN.

De acordo com Gomes, Lunardi e Erdmann (2006), o trabalho ocupa, na vida dos seres humanos, papel fundamental, pois é através dele que podemos atingir satisfação e realização profissional. Nesse contexto, o trabalho de enfermagem tem se apresentado como fonte de prazer, mas, também de sofrimento. De prazer, quando alcançamos nossos objetivos e desenvolvemos plenamente nossos potenciais e de sofrimento quando por algum motivo, esse processo é interrompido, causando uma grande frustração.

Dentro de um setor intensivo neonatal convive-se diariamente com o nascimento e com o risco eminente de morte, devido à gravidade da clientela. O mesmo autor ainda completa: “A enfermagem, como profissão, é uma profissão voltada para o cuidado. O convívio com a dor, o sofrimento e a morte, apesar de fazer parte da vida profissional da equipe de enfermagem, apresenta-se como forte fator estressante neste meio.” (GOMES; LUNARDI; ERDMANN, 2006, p.93).

Decidir trabalhar em uma UTIN é uma escolha bastante delicada para o enfermeiro, que deve estar disposto a uma rotina de trabalho densa e a dedicar-se integralmente. Além do aperfeiçoamento técnico específico, também se faz necessário uma boa estruturação psicológica para lidar com a possibilidade do fim de vidas tão precocemente e a forte aproximação do drama familiar dos pais dessas crianças. Este setor mobiliza sentimentos e emoções de forma intensa.

Para Rolim, Pagliuca e Cardoso (2005), cuidar é próprio do ser humano, entretanto, exige vontade, vocação e querer. Em Neonatologia, pode-se dizer que o cuidar ainda exige carinho e delicadeza, por se tratar de recém-natos tão pequeninos e frágeis, em geral.

A UTIN, por ser local onde os recursos materiais e a tecnologia são amplamente utilizados, podem existir comportamentos automatizados, nos quais o diálogo e a reflexão crítica não encontram muito espaço, inclusive pelas situações contínuas de emergência, pela gravidade dos pacientes e pela dinâmica acelerada do trabalho, desviando muitas vezes o foco da atenção que deveria estar no paciente e sua família. (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005).

Maldonado (2002) define o trabalho do enfermeiro na UTIN como, principalmente de supervisão dos técnicos de enfermagem, como profissional responsável por todos os cuidados prescritos para o recém-nascido, além de executar os procedimentos mais complexos. Contudo, percebe-se que a função do enfermeiro extrapola as tarefas de gerência e assistência propriamente dita.

Cabe ainda ao enfermeiro a função de grande mediador das relações sociais neste ambiente. Geralmente as mães remetem-se aos enfermeiros para saber informações sobre seus filhos, devido à maior disponibilidade do enfermeiro em relação aos médicos. Estes por sua vez recorrem aos enfermeiros sempre que tem alguma recomendação, solicitação ou prescrição nova. Enfim, um grande número de pessoas circulam em uma UTIN, desde diversos profissionais aos pais, e todos de alguma forma mantêm algum relacionamento com os enfermeiros do setor, que deve estar sempre atento ao que ocorre ao seu redor, na desconstrução e construção de conceitos e relações.

Diz-se desconstrução, à medida que no imaginário popular, esta unidade hospitalar guarda um grande número de representações e conceitos pré-estabelecidos, geralmente vinculados ao risco de morte, assim como a inacessibilidade da equipe. Em contrapartida, deve o enfermeiro construir junto à família um bom relacionamento e preservar a esperança de melhora do recém-nascido.

De acordo com Kamada e Rocha (2006), as intervenções de enfermagem junto ao recém-nascido, devem ser direcionadas para ajudar na transição da vida intra-uterina para a extra-uterina, mantendo um ótimo desenvolvimento, prevenindo a estimulação indesejada e o estresse. Esse movimento deve ser compreendido pelo profissional enfermeiro como tão importante quanto os cuidados para a manutenção da vida do recém-nascido, devendo perceber que a partir deste momento ele se tornará a via de acesso mais fácil entre mãe e filho.

Waldow (2006) completa esse pensamento afirmando que a enfermagem não é nem mais nem menos do que a profissionalização da capacidade humana do cuidar, acompanhada de conhecimento e habilidades apropriadas.

A pesada rotina de trabalho, a desgastante função de lidar com pacientes graves podem fazer com que os profissionais de saúde que atuam nesse espaço, banalizem a dor e o sofrimento das famílias ou se mostrem indiferentes a ela. Muitas vezes, essas são as formas encontradas pelo profissional para lidar com essa situação estressante, porém este distanciamento e/ou não envolvimento podem gerar dificuldades na assistência ao recém-nascido e sua família, já que a recuperação do recém-nato não depende unicamente dos cuidados médicos, mas também dos cuidados e carinhos que possam vir a receber de seus pais. Assim sendo, a atitude do profissional deve primar por promover a aproximação dos pais. (LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997).

Contudo, essa função de mediador nas relações entre mãe/recém-nascido, não pode ser executada com mecanicidade, como outra tarefa qualquer da rotina de uma UTIN, requer todo um cuidado especial para atender a demanda de cada binômio. Não existe um modelo engessado de como promover tal aproximação, é preciso sensibilidade e disponibilidade.

Desta forma a humanização do cuidado tem sido amplamente discutida, principalmente em setores ligados a pediatria e neonatologia, e entende-se que é bastante pertinente quando se pensa na construção da relação mãe/recém-nascido hospitalizado. Assim, apresentando-se cada vez mais na assistência, nos guiando a uma forma mais terna de cuidar.

Contudo, Backes, V. L. Lunardi, e W. D. F. Lunardi (2006, p.133) nos propõem uma reflexão: ‘é possível pensar em cuidado que não seja humanizado?’. Então porque essa preocupação de humanizar o ambiente e o atendimento às famílias na UTIN? A resposta surge no momento em que pensamos na complexidade dos setores de tratamento intensivo. Para Barbosa e Rodrigues (2004), a tecnologia cada vez mais se supera e, muitas vezes, verificamos que estamos envolvidos com as máquinas, ansiosos e atentos ao que elas mostram, esquecendo de que estamos cuidando de pessoas.

O que devemos temer, na verdade, é o desenvolvimento tecnológico desumanizado e Bermejo (2008) afirma que o desenvolvimento da técnica vem sendo acompanhado por um processo de desumanização e que a antiga medicina, pobre de recursos, que prestigiava a relação humana com o doente para ter suas avaliações e diagnósticos é lembrada com nostalgia.

Waldow (2006) enfatiza que não se pode negar que esse movimento humanizador realmente existe, visto que já em 1984, o “Plano de Humanização da Assistência Hospitalar” foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS), a fim de reaver relações mais humanas em nossos hospitais. Mais recentemente, em 2001, novamente o MS propõe uma política nacional de

humanização – Humaniza SUS e o Programa de Assistência Humanizada à Mulher, configurando-se em uma tentativa de melhorar a qualidade das relações de trabalho na saúde, principalmente para a clientela. Neste sentido, deveriam ser os profissionais de enfermagem os principais atores deste movimento visto seu íntimo contato com usuário.

Assim, o grande desafio do enfermeiro que trabalha em UTIN é conseguir equilibrar a convivência com as máquinas e com as famílias sem que nenhuma seja desconsiderada, ou melhor, usufruir dos benefícios tecnológicos para o restabelecimento do recém-nascido sempre valorizando o relacionamento familiar.

O enfermeiro de UTIN deve despertar para novas concepções em seu cenário de trabalho, fortalecendo a interação através da relação face a face, do diálogo e comunicação de forma geral.

O acolhimento aos pais desempenha papel fundamental para que as experiências emocionais que venham a ocorrer nesse período sejam melhores aceitas e o sofrimento minimizado. O acolhimento aqui é entendido como receber os membros da família do recém-nascido, procurando integrá-los ao ambiente da UTIN.

Felizmente, um novo movimento é percebido nas UTINs e, o modelo tradicional de assistência centrado no recém-nascido doente vem cedendo espaço para um novo modelo que permite e incentiva a presença dos pais e a incorporação da família no cuidado. (GAIVA; SCOCHI, 2005).

Cuidar envolve, acima de tudo, um aproximação fiel ao que importa e, realmente, tem valor para aquele que é cuidado. Exige reciprocidade em um mundo de relações que são estabelecidas com base na confiança e na autenticidade. Por essa razão, a inserção da família como foco do cuidado às crianças hospitalizadas torna-se primordial. (ISSI; SCHENKEL; LATUADA 2007, p. 32).

Apesar da importância da UTIN para os neonatos doentes, contraditoriamente, essa unidade, é por excelência um ambiente nervoso, impessoal e até temeroso para aqueles que não estão adaptados às suas rotinas, podendo causar danos ao relacionamento futuro das famílias. (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

1.2 Pressupostos de Schutz quanto às relações interativas

O mundo de nosso dia-a-dia não é restrito a vida privada; ele é compartilhado com semelhantes, vivenciado e interpretado por outros, “é um mundo comum a todos nós.” (SCHUTZ, 1979).

Neste capítulo do referencial teórico, será feita uma reflexão acerca do pensamento fenomenológico de Alfred Schutz e as **relações sociais interativas**, ou seja, a interação social dos indivíduos entre eles e com o mundo, como se dá esse processo que é inerente a humanidade, e principalmente pensar sobre a importância da interação entre a mãe e seu filho recém-nascido.

Cada indivíduo tem uma situação única biográfica, no tempo e no espaço, é um ser único, contudo, todos se situam no mesmo contexto histórico e da natureza, fazendo com que todos nós ajamos sobre os outros e somos afetados por eles (SCHUTZ, 1979).

Para este autor, a **intersubjetividade** significa que estamos envolvidos uns com os outros, não como objetos, mas como sujeitos capazes de trocar com o meio e os semelhantes a todo momento. E é esta relação com os nossos semelhantes que possibilita nossa experiência no mundo bem como nossa cognição sobre ele (TAVARES, 2001).

Este mesmo autor ressalta que devemos nos preocupar com a singularidade dos eventos sociais, não criando tipificações genéricas e sim apreendendo as motivações individuais de cada um.

Neste sentido pode-se recorrer ao conceito de “estrangeiro” apresentado por Schutz. A família, em especial a mãe, seria o “estrangeiro” nesse ambiente da UTIN. Tavares (2001), afirma que, em qualquer grupo social há comportamentos diferentes entre quem “vive” no grupo para aquele que está apenas “vivendo”. Assim, é possível traçar um paralelo nos comportamentos das enfermeiras que “vivem” no grupo da UTIN e as mães que estão “vivendo”.

Cada um desses indivíduos está vivenciando a realidade de forma singular, por isso não é razoável que se espere que uma mãe encare com a mesma naturalidade o dia a dia de uma UTIN quanto uma enfermeira especializada o faria. E ainda, é preciso compreender esses conceitos para inserir a mãe nos cuidados de seu filho, sempre respeitando suas limitações de “estrangeira” naquele ambiente.

Portanto, não há como pensar no viver coletivo e não pensar que todos nós interagimos com tudo que está ao nosso redor. Desta forma não haveria interação mais intensa

do que a de uma mãe e seu filho, que por um espaço de tempo de até nove meses vivem compartilhando a vida de forma única, e que após o nascimento deveriam perpetuar essa interação harmoniosamente, independente da condição física ou do ambiente onde estão.

Os sujeitos motivam-se reciprocamente em suas atividades sociais. Assim originam-se os relacionamentos de compreensão mútua e o consentimento. É através dessa motivação que mãe e filho iniciam seu relacionamento após o nascimento (SCHUTZ, 1979).

Klaus e Kennel (1993) chamam atenção para o papel ativo do recém-nascido, sua capacidade comportamental já nos primeiros minutos de vida, como de ver, ouvir e se mover no ritmo da voz da mãe, provocam respostas da mãe, proporcionando vários canais de comunicação e iniciando interações recíprocas. Contudo o recém-nascido pré-termo, na maioria dos casos, tem essa capacidade de atividade bastante prejudicada por sua prematuridade ou por alguma debilidade fisiológica. É neste momento que emerge a necessidade externa de auxílio para o estabelecimento de uma relação saudável e amorosa.

Winnicott (1990) contrapõe quando afirma que na verdade a mãe é a única pessoa realmente indicada para interagir e compreender as necessidades do filho, necessidades que são sinalizadas de formas tais que exigem a sutileza de entendimento da mãe verdadeira.

Contudo, o ambiente da UTIN deve ser visto como um ambiente extremo, não remetendo a realidade do binômio mãe-filho em um estado natural. É, então, neste momento que o enfermeiro precisa assumir o papel de mediador, tornar esse recém-nascido interessante para sua mãe, assim como fazer com que a mãe seja uma pessoa familiar ao filho. Neste momento a comunicação torna-se primordial.

A fala do outro e minha escuta são vivenciadas simultaneamente (SCHUTZ, 1979). Tão importante quanto oferecer informações e apoio é escutar as dúvidas, anseios, medos e quaisquer outros sentimentos maternos, compreendendo que este movimento ocorre continuamente e deve dar-se de forma natural, inerente a qualquer relação social. Fica entendido que simultaneamente a minha experiência de você, existe a sua experiência que só lhe pertence e faz parte da sua consciência. Deixa-o livre para interpretar os fatos de acordo com seu “**mundo da vida**”, que configura seu “estoque” de experiências, conhecimentos e intersubjetividades de seu cotidiano, e ainda onde se manifestam as experiências, onde se realizam as ações, onde as pessoas obtêm o conhecimento (SANTOS et al., 2005).

É importante que o profissional não supervalorize sua posição frente à situação de mães e filhos na UTIN, por mais tempo que o enfermeiro tenha de experiência neste ambiente, as experiências de cada mãe sempre serão únicas. Schutz (1979, p.165) enuncia:

Posso, porém, conhecer o contexto de significado em que classifico minhas experiências de você... Isso não é o seu significado intencionado no sentido real do termo. O que pode ser compreendido é sempre apenas um “valor aproximado” do conceito limitado do “significado intencionado do outro”.

O relacionamento interpessoal começa quando percebemos o outro. A sociedade se constitui através de atos comunicativos em que o Eu se volta para o outro, apreendendo-os como pessoas que se voltam para ele, e todas conhecem esse fato. E assim, essas relações vão dando aos indivíduos uma formação única como pessoa (SCHUTZ, 1979).

A comunicação verbal é somente uma das formas de comunicação, desta forma, a comunicação entre mãe e recém-nascido acontece naturalmente através do toque, do olhar do paladar, dos odores e sons, ou seja, explorando todos os sentidos.

Compreendido o outro como ser de experiência única, consciência e vivências próprias, pode-se perceber que desempenhar bem o papel materno é algo complexo, que depende de inúmeros fatores para que ocorra. Requer muita dedicação e, além disso, baseia-se em suas próprias experiências do passado e recebe interferências do presente, no que se refere aos relacionamentos interpessoais, gestação e vivências atuais. E desta relação pode depender a saúde do recém-nascido, tanto física quanto emocional (NASCIMENTO et al., 2005).

Outro conceito bastante importante para Schutz é o **relacionamento face-a-face**. Neste caso para o autor, a outra pessoa está ao alcance de minha experiência quando compartilha comigo um tempo comum e um espaço comum, e ela só compartilha um espaço comum quando está presente pessoalmente. Essa imediatidade espacial e temporal é essencial para a situação face-a-face (SCHUTZ, 1976).

Neste contexto, Cabral (1998, p. 32) pondera que é “através do cuidado, que o recém-nascido estabelece suas interações sociais, pois é tocado, recebe calor humano e afetividade”. O que configura a mais perfeita relação face-a-face.

Contudo para se estabelecer uma relação face-a-face, em primeiro lugar se faz necessário que o participante torne-se intencionalmente consciente da pessoa com que ira se relacionar, o que Schutz chama de “assumir a orientação do outro”. Isto pode ser configurado como reconhecer o outro como semelhante, um ser de vivência e experiência, atribuindo-lhe vida e consciência. Mas é verdade que nem sempre esse reconhecimento será bilateral, pode ocorrer que eu esteja consciente de você, porém você nem sequer perceba o que estou falando, nessa situação dar-se-á uma **orientação unilateral**. Em contrapartida, chamaremos de **orientação recíproca** o tipo de orientação ideal, que formaliza o relacionamento face-a-face

efetivo. Nesta orientação existe a consciência do outro mutuamente, cada um dos participantes está orientado para o Tu em relação ao outro (SCHUTZ, 1979).

Neste momento que devemos perceber a importância do contato visual, o enfermeiro precisa estabelecer a **orientação recíproca** com a mãe, e nunca permitir que ela fique desamparada com suas aflições. Desta forma, estará propiciando esta mesma relação recíproca entre mãe e filhos.

Inevitavelmente, estaremos penetrando no campo da **intencionalidade** dos atos, pois é preciso motivação para se estabelecer relações interativas. Não é possível compreender os atos de outras pessoas sem conhecer os “motivos para” e os “motivos porque”. Todavia, devemos conter nossas pretensões, pois é impraticável pensar em captar toda a rede de motivos de alguém, com seus planos de vida, suas experiências e referências individuais. A compreensão imaginável das motivações do outro é suficiente quando consigo reduzir o ato do outro a seus motivos típicos, ou seja, remeter a certas generalizações (SCHUTZ, 1979).

Certamente, o meu conhecimento do indivíduo e grau de intimidade traz diferentes possibilidades de reconhecer suas motivações, a relação entre meu conhecimento do semelhante e as generalizações torna-se inversamente proporcional.

Em síntese, o “motivo para” é referente a algo que se quer realizar, tendo uma estrutura temporal voltada para o futuro, relacionando-se com a ação consciência do ator (SOUZA, 2006).

As experiências passadas também formam importante viés para as motivações, neste caso denomina-se de “motivos porque”, ou seja, atos que já ocorreram e tornam-se experiências que irão pautar ações futuras.

Neste âmbito, remetendo a questão das mães de recém-nascidos internados em UTIN, o estabelecimento de qualquer relacionamento com seus filhos vai depender da motivação naquele momento. Estar à vontade para conhecer seu filho e projetar um relacionamento futuro com ele requer confiança e esperança que vale a pena este desprendimento, caso contrário, esta mãe pode fechar-se a este relacionamento baseada em vivências e experiências ruins anteriores. Somente o próprio indivíduo pode instituir motivações para suas ações, porém com uma rede de apoio forte, esta mãe poderá desejar passar por esta experiência e manter um relacionamento íntimo com seu filho hospitalizado.

Para Barbosa e Rodrigues (2004), a fenomenologia nos faz ressaltar a necessidade de interação humana como forma de valorização da vida. Essa valorização precisa ser exercitada pelo profissional da UTIN. Quando se adquiri esse olhar fenomenológico da vida, percebe-se

a importância de cada indivíduo, percebe-se que cada um de nós vive transformando e sendo transformado todo o tempo a partir das relações que estabelecemos.

É necessário considerar que cada um tem sua própria percepção da situação. O homem no estado natural compreende o mundo através da interpretação de suas próprias experiências dele, sejam elas experiências de coisas inanimadas, de animais ou de seres humanos, seus semelhantes (SCHUTZ, 1979). Então, pode-se dizer que cada experiência vivida será acrescentada ao mundo da vida, aumentando a gama de significações e vivências da subjetividade. Porém, o próprio autor nos faz uma ressalva, somente a experiência que é percebida reflexivamente na forma de atividade espontânea tem significado, ou seja, não basta passar pela experiência, no contexto temporal, se faz necessário alcançar toda sua significação através da reflexão crítica e consciente (SCHUTZ, 1979).

Torna-se possível definir o mundo social como uma realidade construída pelos homens no decurso da sua atividade prática (CORREIA, 2004), cujos comportamentos serão provenientes de toda experiência passada. Para Husserl, um dos fundadores da fenomenologia, o comportamento é uma “experiência da consciência, atribuidora de significado” (SCHUTZ, 1979).

Podemos, até certo ponto, obter algum conhecimento acerca das experiências vividas pelos nossos semelhantes e eles em relação a nós, contudo as significações deste conhecimentos são privadas ao indivíduo que as experimenta.

Podemos ver que o desenvolvimento saudável do recém-nascido não é uma questão de verificação do peso, mas uma questão de desenvolvimento emocional, e o estudo do desenvolvimento emocional, é uma questão muito vasta e complicada (WINNICOTT, 1990).

Enfim, ao lidar com recém-nascidos frágeis e suas mães é primordial que se esteja aberto a ouvir e vivenciar todo tipo de emoção. Neste sentido, Boff (2008, p.110) nos brinda com seus pensamentos:

Quando um acolhe o outro e assim se realiza a co-existência, surge o amor como fenômeno biológico. Ele tende a expandir-se e a ganhar formas mais complexas. Uma destas formas é a humana. Ela é mais simplesmente espontânea como nos demais seres vivos; é feita projeto da liberdade que acolhe conscientemente o outro e cria condições para que o amor se instaure como o mais alto valor da vida.

2 CAMINHO METODOLÓGICO

2.1 Caracterização do estudo

Segundo Demo (1996), a pesquisa pode ser definida como, um diálogo inteligente com a realidade tornando-a um processo e atitude, integrante do cotidiano.

Neste sentido, este estudo é do tipo descritivo, qualitativo, onde Martins e Bicudo (1989, p. 23) descrevem que: “a pesquisa qualitativa busca uma compreensão peculiar daquilo que estuda, ela não se preocupa com generalizações, princípios e leis, o foco da atenção é centralizado no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão”.

A escolha pelo referencial teórico-metodológico da fenomenologia deu-se à medida que o objeto de estudo é a vivência do enfermeiro na construção da relação mãe/recém-nascido na UTIN.

Desta forma, é possível apreender a vivência do enfermeiro usando a abordagem fenomenológica, em que procura mostrar a experiência dos indivíduos no seu contexto de vida profissional. De acordo com Silva e Lopes (2008), esse método filosófico desvela a cotidianidade do mundo do ser onde a experiência se passa, transparece na descrição de suas vivências e ainda, permite ser presença no lidar com o outro, considerando-o em sua vivência, a seu modo, o ser em si. Entendendo que através da compreensão dos fenômenos pode-se buscar um cuidar mais autêntico.

A fenomenologia surgiu no início do século passado, na Alemanha, por Edmundo Husserl, que recebeu influência do pensamento de Platão, Descartes e Brentano (SILVA; LOPES, 2008).

Coelho Junior (2008) define que: fenomenologia é aquilo que se mostra por si mesmo, aquilo que manifesta o logos, um discurso esclarecedor.

Seria uma meditação lógica, algo que exclui as incertezas. Através dela é possível questionar e discutir pressupostos tidos como naturais e óbvios, da intencionalidade do sujeito frente à realidade de sua ação (COLTRO, 2000).

Outra definição para a fenomenologia, por Bicudo e Espósito (1994), é o pensamento da realidade de forma rigorosa, não buscando compreender o ser, mas o modo que se age para atingir essa meta, ou seja, a intenção.

Terra (2006), ainda completa que de acordo com o pensamento husserliano, a fenomenologia é definida como uma “volta às coisas mesmas”, dos fatos que ocorrem como objeto intencional, contrapondo-se ao empirismo e ao psicologismo.

O fundamental nesta corrente é a descrição. O pesquisador considera sua vivência em seu mundo vida, uma experiência que lhe é própria, permitindo-lhe questionar o fenômeno que deseja compreender (SILVA; LOPES, 2008).

Masini (1989) nos faz perceber que a pesquisa fenomenológica parte da compreensão de nosso viver, não de definições ou de conceitos. E que podemos perceber novas características dos fenômenos de acordo com a intencionalidade dos atos.

Para Sanders apud Coltro (2000, p.39) “...a fenomenologia procura tornar explícita a estrutura e o significado implícito da experiência humana”. Seria o estudo das essências, que significa a possibilidade de leitura da realidade, da experiência vivida.

Como síntese da metodologia fenomenológica, Terra (2006, p. 673) afirma que:

[...]esta descreve o fenômeno sem explicá-lo, sem analisá-lo, não tendo a preocupação de buscar relações causais; está voltada a mostrar e não demonstrar, para descrever com rigor, pois através dela é que se pode chegar à essência do fenômeno.

O fenomenólogo deve assumir uma postura na qual busca a experiência das pessoas sobre algum fenômeno e o seu significado para elas, ou seja, a realidade pura. Atentando sempre para a intencionalidade dos atos baseado em uma experiência prévia cotidiana dos indivíduos.

Desta forma, a fenomenologia se mostra ideal quando se busca a vivência de um grupo social sobre um fenômeno do cotidiano. Ela nos permite buscar e apreender a forma como as pessoas sentem, pensam e interagem entre si e com o mundo em diversos contextos.

A abordagem fenomenológica vem sendo largamente utilizada no campo da enfermagem e demonstra que traz contribuições não somente na prática assistencial, mas também na construção do conhecimento teórico na área.

Em específico neste estudo, acredita-se que conhecendo o significado da relação mãe/recém-nascido para o enfermeiro, este possa apreender a real importância desta relação e assim incentivá-la de forma precoce no dia a dia das UTINs.

2.2 Fenomenologia Social de Schutz como fundamentação filosófica

Entre os pensadores que sofreram a influência do pensamento husserliano, podem-se destacar: Martin Heidegger, Alfred Schutz, Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty (Silva, 2008). Dentre estes, aprofundou-se nas bases teóricas e conceitos de Alfred Schutz, devido a sua maior reflexão sobre as relações sociais e sobre o conceito de interação, tornando-se bastante pertinente à temática desta estudo.

Schutz aprofundou-se na fenomenologia social e para Calderano (2001, p.1), sua obra revela-se como uma “produtiva reflexão filosófica sobre as condições do agir e do conhecimento humano”. É o estudo de como as pessoas vivenciam o cotidiano e significam suas atividades.

Segundo Silva e Lopes (2008), o mundo humano caracteriza-se pela convivência com os outros semelhantes, no desafio cotidiano de ser presente presença. Ou seja, é inerente a sociedade o relacionamento interpessoal.

Para Schutz, o ponto de partida de qualquer estudo fenomenológico é o individual, porém compreendendo que não se atém a ele e sim a significação em uma dimensão social coletiva (POPIM; BOEMER, 2005).

De acordo com Capalbo (1997) o ser humano é considerado um ser social, que através da língua e outros sistemas de comunicação torna a vida consciente do outro acessível a todos. Desse modo posso entender o outro e seus atos e ele pode me entender e a meus feitos.

Desta forma, a **interação social**, o relacionamento **face-a-face** são amplamente abordado nos estudos de Schutz. Estes conceitos são melhor discutidos durante o referencial teórico, pois são especialmente pertinentes a temática proposta neste estudo.

O conceito de **intencionalidade** ocupa um lugar central na fenomenologia, muito discutido por Schutz que definia a própria consciência como algo intencional, (Calderano, 2001). Esta é tida como fator primário e irreduzível na direção do fluxo da consciência e concretiza pelos atos voltados ao seu objeto de indagação.

Para este autor a relação entre duas ou mais pessoas é chamada de **ação social** e esta é projetada de forma consciente, tendo assim um significado e uma direção que pode orientar o passado, o presente e o futuro (POPIM; BOEMER, 2005).

Ao compreender que toda ação social tem sua intencionalidade, compreende-se também os conceitos que vão direcionar os interesses dos indivíduos, como: **os motivos para** e **os motivos porque**. Os motivos para instigam a realização da ação, ou seja, remetem a uma

ação futura e estes representam o que realmente se tem em vista, como agente atribuidor de significado a ação em curso para atingir determinado objetivo. Já os motivos porque, dão atributos a acontecimentos já concluídos. Salientando que toda ação tem uma intencionalidade, um interesse, um motivo, e que seja ele referente ao futuro ou ao passado podem influenciar as ações do presente (POPIM; BOEMER, 2005).

Schutz, em sua fenomenologia social, buscou compreender, dentro de determinados grupos sociais a **tipificação** de suas ações, acreditando que indivíduos que vivenciam situações semelhantes, tendem a definir um típico de ação semelhante entre eles, visto que a intencionalidade é bastante semelhante (CORREIA, 2004).

A existência de outros é dada como certa na vida cotidiana. O conceito de **simultaniedade** descreve a idéia de que nossa experiência do outro ocorre no mesmo presente que o outro está tendo a experiência de nós. Assim, as pessoas orientam-se usando tipificações através das quais se efetua uma interação significativa (CALDERANO, 2001).

Em suma, Schutz mostrou-se um grande pensador das relações sociais, onde através dos significados das vivências individuais, busca compreender a intencionalidade das ações humanas; levando em conta seus conhecimentos e experiências prévias, assim como o grupo social no qual estamos inseridos. E assim, melhor compreender e interagir com o outro de forma autêntica.

3 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

3.1 Cenário e sujeitos

O estudo foi realizado na UTIN de um grande hospital da rede pública, localizado no subúrbio da cidade do Rio de Janeiro. O perfil da maternidade é de alto risco, atendendo um grande número de bairros que circundam a região além de localidades da baixada fluminense e Grande Rio, devido à proximidade do hospital a uma grande via de acesso que cruza toda a cidade. A UTIN, localizada no andar térreo, atende os recém-nascidos prematuros ou nascidos com alguma patologia grave da própria maternidade e quando há disponibilidade de vagas recebe também recém-nascidos externos.

Conta-se no setor com apenas 12 leitos, contudo todos dispõem dos mesmos recursos materiais. Existe incubadora aquecida, monitor tipo multiparâmetros e respirador disponível para cada leito, e ainda equipamentos específicos para cada caso clínico, como fototerapia, incubadoras umidificadas, balas de óxido nítrico etc. Assim, apesar do número reduzido de leitos prima-se pelo bom atendimento.

Não há restrição de horário de visitas para mães e pais, estes têm acesso livre. A visita dos avós acontece somente às quartas-feiras no período da tarde por 2 horas, demais visitantes não são permitidos. A área física dentro da UTIN não é o suficiente para comportar cadeiras para as mães ao lado de cada incubadora e também não existe área própria para a ordenha do leite, que é feita de maneira improvisada em um espaço um pouco mais reservado dentro da UTIN.

As mães que recebem alta e permanecem com seus filhos internados na UTIN e que desejam continuar no hospital, dispõem de um quarto, localizado no terceiro andar da maternidade, que conta com apenas 6 vagas por vez. Normalmente é preciso entrar em uma fila de espera para aguardar uma vaga, já que este quarto também abriga a mães que tem seus filhos na Unidade Intermediária (UI). Quando estão neste quarto, as mães recebem alimentação gratuita no hospital.

Nesta Unidade Neonatal não existe esquema sistematizado de inclusão das mães nos cuidados aos bebês, elas são apenas orientadas a retirarem o leite, através da ordenha manual nos horários pré-determinados.

Sobre os profissionais de enfermagem, estes trabalham em uma escala que é executada no regime de plantões de 12 horas com 60 horas de descanso, sendo assim, o setor é composto por 6 equipes diferentes, 3 do serviço diurno e 3 do serviço noturno. Em cada equipe há pelo menos 4 enfermeiros, e ainda existe 1 enfermeira diarista.

Foram sujeitos do estudo 16 enfermeiros plantonistas, sendo 11 do serviço diurno e 07 do serviço noturno. Os enfermeiros foram escolhidos ao acaso de acordo com sua disponibilidade para serem entrevistados. As entrevistas foram realizadas desta maneira por entender que não haveria qualquer interferência nos resultados o fato de trabalhar no serviço diurno ou noturno.

Nesta UTIN existem alguns protocolos para procedimentos e condutas dos enfermeiros, geralmente formulados pela chefia ou alguma comissão especializada, os quais são seguidos por todos independente do turno de trabalho. Contudo, não existe nenhum tipo de recomendação em relação à aproximação materna aos recém-nascidos, cada enfermeiro assume uma postura particular quanto a esse relacionamento.

Seguindo o caminho fenomenológico, o instrumento de escolha para a captação das falas foi a entrevista fenomenológica. Gomes (1997), afirma que a melhor maneira de estudar a experiência consciente é através de entrevistas. E ainda completa descrevendo que a entrevista fenomenológica deve contemplar três passos reflexivos: a descrição fenomenológica, a redução fenomenológica e a interpretação fenomenológica.

Martins e Bicudo (1989), definem a entrevista nesta abordagem como um encontro social, com características peculiares como a empatia e a intersubjetividade, onde ocorre a penetração mútua de percepções. É colocar-se no lugar do outro. Para tal, é preciso estar livre de preconceitos e valores pré-estabelecidos.

O objetivo do pesquisador ao realizar a entrevista fenomenológica é de captar a fala originária, onde consiga verdadeiramente apreender a intencionalidade dos atos dos seus sujeitos envolvidos. É importante haver atenção especial à questão da entrevista, que deve estimular o entrevistado a falar livremente de sua vivência sem que haja influência do entrevistador.

Todos os aspectos éticos foram contemplados de acordo com a resolução 196/96 do MS, que regulamenta as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996). O ato da entrevista foi entregue um termo de compromisso livre e esclarecido (Apêndice C), após leitura e explicação de possíveis dúvidas. E conseqüentemente, o sigilo e anonimato foram completamente assegurados.

As entrevistas foram gravadas, em gravador digital, posteriormente transcritas e logo analisadas e categorizadas seguindo a abordagem fenomenológica.

3.2 Captando as entrevistas

Seguindo o caminho fenomenológico, é importante ter clareza que o momento da realização das entrevistas deve ser repleto de intersubjetividade, e o seu percurso deve ser sugerido e nunca imposto pelo pesquisador.

Por ser integrante da equipe da UTIN em questão, percebi que eu mesma poderia ser a entrevistadora. Fato justificado à medida que ter empatia e um bom relacionamento com o entrevistado faz com que ele sintam-se a vontade e fale livremente. Além de que, esses enfermeiros não se sentiriam intimidados ou influenciados por mim, já que tenho exatamente o mesmo cargo, função e subordinação a mesma chefia. Não houve exclusão dos sujeitos por tempo de trabalho na unidade ou por tipo de vínculo empregatício com a instituição (contratados ou concursados).

Neste sentido Minayo (2008), nos diz que a situação de entrevista deve ser vivenciada dentro de um clima de liberdade e não de necessidade, e que as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza desse encontro.

Passando por esta etapa comecei minha preparação, aprofundei-me em textos sobre como realizar as entrevistas sem influenciar as respostas e ao mesmo tempo instigar que o entrevistado se aprofunde em suas falas. Mais uma vez compreendi que a entrevista deve ser um encontro social, onde os sujeitos iriam dividir comigo suas experiências, interpretações e compreensões do mundo.

Realizei um teste piloto para verificar se minhas questões eram compreensíveis e se atenderiam a meus objetivos. Este teste foi realizado com uma enfermeira do setor, e como foi bastante satisfatório, não revelando nenhuma necessidade de mudança, pude aproveitar esta entrevista em minha análise.

Como dito anteriormente, não houve nenhum critério de exclusão, todos os enfermeiros eram sujeitos em potencial para o estudo. Aproveitei o próprio momento de trabalho deles para realizar as entrevistas, agendar um encontro em outro momento poderia dificultar esse processo. Então, eu percorri todos os plantões das seis equipes, inclusive a qual faço parte.

Conhecendo a dinâmica de trabalho do setor, sabia que existiam certos horários mais tranquilos, excluindo as emergências, aproveitando esses momentos fazia o convite ao enfermeiro a participar do estudo. Por algumas vezes minha visita ao plantão foi em vão, pois devido à demanda de trabalho daquele dia nenhum enfermeiro tinha disponibilidade para realizar a entrevista. Quando isto acontecia, deixava combinado que voltaria no próximo plantão e realizaríamos a entrevista se fosse possível.

Antes de iniciar a entrevista, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, quando eu realizava uma breve explicação sobre o estudo, e lembrava que a entrevista seria gravada e o anonimato mantido.

Visando manter esse anonimato, foram escolhidos pseudônimos para os entrevistados. Ao pensar em usar algo pertinente à temática do estudo, foram escolhidos substantivos abstratos que representassem atitudes positivas que os enfermeiros devem ter em relação às mães, como: doação, solidariedade, respeito, empatia etc. Essas palavras foram escolhidas aleatoriamente para representar cada entrevistado.

O local escolhido para a realização das entrevistas foi o alojamento de uso exclusivo da enfermagem do setor, que fica próximo a UTIN, lá encontrávamos mais privacidade e silêncio, visto que dentro da própria UTIN sempre há muita gente circulando e muitos ruídos sejam de vozes ou até dos próprios monitores.

Enfim, as entrevistas correram de forma tranquila e sem intercorrências. O número de sujeitos entrevistados não foi previamente definido. Considerei um número de sujeitos suficiente, quando as falas começaram a se tornar convergentes e foi possível identificar um contexto vivencial semelhante entre os indivíduos. Simões e Souza (1997) reforçam que não deve haver um direcionamento pela quantidade das entrevistas realizadas, mas pela busca da qualidade, na qual os depoimentos empáticos possam levar à compreensão do fenômeno vivido investigado e não à explicação. Desta forma encerrei minhas entrevistas no 16º enfermeiro, entendendo que já possuía material ideal para seguir com a análise compreensiva.

As seguintes questões orientaram as entrevistas (Apêndice A):

- Por favor, diga a sigla do seu nome
- Há quanto tempo você trabalha em UTIN?
- Como você vê/percebe a relação entre mãe e recém-nascido no ambiente da UTIN?

- No seu cotidiano profissional na UTIN, o que você faz para favorecer a relação entre mãe e recém-nascido?
- O que você espera com isso?
- Algo mais?

Vale ressaltar que previamente a realização das entrevistas, o projeto foi encaminhado ao comitê de ética desta unidade hospitalar (CEP – HGB 42/08), recebendo autorização para a realização (Anexo B).

4 ANÁLISE COMPREENSIVA

A princípio, é importante ressaltar que no método fenomenológico o pesquisador não parte de um problema específico, mas busca em seu estudo seguir o caminho de uma interrogação sobre um fenômeno vivenciado pelos sujeitos. A base de tudo é o *mundo da vida* dos sujeitos e o pesquisador deve buscar um contato próximo ao fenômeno situado. (CORRÊA, 1997)

Desta forma, a análise compreensiva segue no sentido de conhecer esses significados, que certamente estão contidos em um campo subjetivo. Após captar as falas dos sujeitos, parte-se para esta análise que, para Corrêa (1997) não se faz de forma única, ou seja, diferentes trajetórias podem ser tomadas a fim de compreender o fenômeno.

Esse processo perpassa inicialmente pela *redução fenomenológica*, onde de acordo com Dartigues (1973), é feita através de uma análise intencional que conduz a essa redução, ou colocação entre parênteses, a realidade tal como a concebe o senso comum, isto é, independente de todo ato de consciência.

É um afastamento prévio de tudo que possa interferir na realidade e assim distorcer seu sentido e autenticidade. É a busca dos significados genuínos. Neste caminho é preciso identificar e suspender crenças e opiniões preconcebidas sobre o fenômeno. Tais pressupostos, posteriormente constituirão o contexto vivencial deste grupo. (TERRA, 2006).

Dando continuidade a análise compreensiva chega-se a *interpretação fenomenológica*, onde se deve articular, interpretar as demarcações indicadas na redução para interpretá-las no contexto da perspectiva dos sujeitos, dos pesquisadores e da literatura. (BENICÁ; GOMES, 1998).

A interpretação é a reflexão da descrição, contempla aspectos diferenciados dos indivíduos e finalmente apresenta os significados por eles atribuídos.

Portanto, o pesquisador deve perceber que toda transmissão dessas vivências pelos sujeitos, mesmo imbuídas de emoções é uma rica fonte de informações para o pesquisador.

Não teria sido possível realizar a análise sem compreender também, que a intuição se faz fundamental nesse processo. Capalbo (1984, p.139) afirma que “o método de investigação fenomenológica é, pois; intuitivo”. Esta autora chama atenção que a consciência nos dirige intencionalmente para algo, de forma originária. Portanto, eu (como pesquisadora) tendo grande aproximação com o tema e envolvimento com as falas, me tornei sensível aos significados e conceitos essenciais dos sujeitos, através de minha intuição.

Para chegar a esse nível de sensibilidade em relação às falas, realizei várias leituras do material, inicialmente uma leitura para me familiarizar, e depois destas, a cada nova leitura ficava mais claro os significados para os enfermeiros e assim insurgiram as categorias.

Além das categorias foi possível identificar o contexto vivencial desses enfermeiros no ambiente da UTIN, conhecendo seus pressupostos e atitudes como um grupo que se identifica, pois segundo Minayo (2008, p.226) “O mundo do dia-a-dia é entendido como um tecido de significados, constituído pelas ações humanas”.

5 CATEGORIAS DO VIVIDO

5.1 Ambientar as mães na UTIN: o começo da relação

Para a maioria das mães que tem seus filhos internados, o ambiente hospitalar é algo novo. Será a partir dessa internação que variáveis relacionadas a esse ambiente e a equipe da UTIN vão se tornar parte de suas vidas. Lá elas devem se adaptar a um ambiente hospitalar de alta tecnologia, mas também começar a experiência de tentar se tornarem mãe em um lugar coletivo e desconhecido (KENNER, 2001).

A chegada das mães à UTIN é vista como um momento bastante delicado pelos enfermeiros que relatam ser preciso ambientá-las para que o choque da hospitalização de seu filho seja atenuado. Essa ambientação pode ser realizada de várias formas.

Mesmo aquelas mães que já tinham ciência de que seus filhos necessitariam de internação, experimentam certo atordoamento que ainda persistirá durante as primeiras visitas. Assim, é preciso tornar o ambiente da UTIN menos assustador. (BRAGA; MORSCH, 2006).

A palavra orientação foi bastante usada, existe a crença que se as mães estiverem bem orientadas vão passar melhor por esse período tão difícil. Contudo, as orientações são diversificadas, cada profissional tem um foco específico.

Braga e Morsch (2006) afirmam que os esclarecimentos devem ser feitos mediante aquilo que as mães já compreenderam, e a partir daí o enfermeiro juntamente com ela deve construir uma representação da UTIN, lembrando que cada mãe terá dificuldades singulares.

À medida que a mãe permanece mais tempo na unidade neonatal, ela traz consigo suas necessidades no processo dessa vivência, da internação de seu filho, sendo preciso perceber quanto ela será capaz de absorver as informações dadas (FONSECA et al., 2004).

Alguns enfermeiros entendem que orientar é fazer com que as mães se aproximem mais de seus filhos, fazer com que elas percebam que ela não vai causar nenhum mal àquele recém-nascido apesar de sua fragilidade aparente.

[...] principalmente a orientação, a importância da presença dela, a importância do toque e sempre orientando a forma como ela vai tocar de modo que ela não vá causar nenhum dano para o bebê, é basicamente em cima da orientação para elas... eu acho que é a orientação da gente, o apoio que vai fazer com que ela consiga interagir melhor como bebê [...] (Paciência)

[...] Ah eu converso com a mãe, que às vezes ela chega e tem medo de mexer [...] (Solidariedade)

[...] orientar nesse sentido pra elas terem um contato um pouco maior com a criança, que acho que isso faz com que elas percam o medo[...] (Sensibilidade)

[...] é mais fácil nas orientações a gente estar aproximando [...] (Delicadeza)

[...] Eu estímulo, oriento ela o que ela pode fazer, que ela tem que lavar as mãos, que ela tem que chegar perto, saber abrir a incubadora, evitar o máximo de fazer barulho e tocar com muita suavidade, com muito carinho no bebê, falar baixinho com ele e acariciá-lo bastante mostrando pra ele que ela é uma pessoa segura e que está ali junto dele [...] (Disponibilidade)

[...] no geral eu chego pra mãe falo pra ela conversar com aquele bebê, por a voz dela ele conhece e a nossa é totalmente estranha pra ele, eu falo pra ela tocar na criança [...] (Sutileza)

Quando a mãe está entrando pela primeira vez na UTI eu procuro orientar, falar o mínimo possível da patologia e do estado das coisas da criança e mais explicar para ela que ela é importante pra ele e que ela pode ajudar a gente de outra forma [...] (Leveza)

Tento orientar elas para elas se interessarem se interagirem melhor com as crianças, conversar com as crianças, acariciar a criança para melhorar assim a interação entre eles. (Simpatia)

A orientação nesses casos deixa claro que a intenção dos enfermeiros é fazer com que essa mãe se aproxime do recém-nascido, e não propriamente que ela conheça uma UTIN e seu funcionamento, essa apropriação seria uma consequência de estar freqüentando aquele ambiente e viria com o tempo.

Esse tipo de conduta é fundamental para a formação da relação entre mãe e recém-nascido, porém pode deixar de lado etapas que seriam benéficas para a adaptação das mães à realidade da UTIN.

Segundo Tamez e Silva (2006), é importante explicar para a mãe todo o equipamento envolvido no cuidado do recém-nascido, sobre seu estado de saúde e o plano de tratamento. Desta forma a mãe fica informada claramente sobre o que está acontecendo no momento e consegue esperar o tratamento ser concluído com menor nível de estresse.

Alguns enfermeiros relatam que incluem em suas orientações os motivos da internação do recém-nascido, suas necessidades e as tecnologias utilizadas para seu restabelecimento.

Esta seria uma orientação mais técnica, visando sempre diminuir o mal estar das mães mediante tantas informações novas.

[...] é fazer com que ela conheça o que seja uma UTI Neonatal, porque que o filho dela está ali...naquele momento assim e tenta fazer com que ela venha assim...essa dificuldade de poder ter esse relacionamento... a gente vai dando essas informações, vai dando força [...]
(Lealdade)

[...] tentar estreitar esse relacionamento explicando, ajudando a mãe a entender as necessidades daquele bebê... então é isso que a gente pode fazer, através de conversa de orientação...mostrar para ela também a importância que ela tem no tratamento do bebê, na recuperação dele [...]
(Respeito)

[...] pergunto se ela foi orientada sobre a retirada do leite, a manutenção do leite para que ela também possa amamentar e estar pronta para qualquer outra orientação, mas voltada para isso que você está pesquisando, mais voltado pro vínculo mãe-bebê [...]
(Confiança)

[...] Acho que primeiramente é você explicar o que está acontecendo com a criança, o que vem a ser toda aquela aparelhagem aquela monitorização da criança, por que isso já leva um conforto pra mãe e também transmite mais segurança [...]
(Humildade)

[...] explico para ela tudo que está em volta da criança, todos os adornos, eu falo em sentido de sonda, o que está colado e o que não está colado, o que está punccionado, para que serve cada uma delas [...]
(Dedicação)

Contudo o uso da linguagem técnica pode contribuir para aumentar ainda mais as dificuldades maternas, é imprescindível o uso de linguagem acessível a todos os níveis de entendimento. Além disso, qualquer tipo de informação dada às mães deve permitir um diálogo, ou seja, não deve ser verticalizada onde só a mãe recebe a informação, pois a comunicação se dá quando há troca, quando se permite que essa mãe expresse suas dúvidas (ARAÚJO; RODRIGUES B. M. R. D.; RODRIGUES E. C., 2008).

A comunicação é necessária ao relacionamento interpessoal entre enfermeiro e mães, somente com sensibilidade a comunicação verbal e a não-verbal conseguem fluir. O profissional deve ter capacidade de ouvir atentamente, responder sabiamente as questões e sempre utilizar linguagem clara e acessível. (LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997).

Nessa categoria, os enfermeiros demonstram que existe um movimento de recepção dessas mães na UTIN, mesmo sendo ele não sistematizado. Percebe-se que só se pode começar a pensar em relacionamento entre mãe/recém-nascido quando se torna um pouco

mais agradável o ambiente que vai os abrigar durante algum tempo, e ainda quando as mães têm algum conhecimento sobre os procedimentos e tecnologias as quais seu filho será submetido.

5.2 Aproximar através do toque: usando os sentidos para se relacionar

“É por meio do contato corporal com a mãe que o recém-nascido tem seu primeiro contato com o mundo” (MONTAGU, 1998, p.102).

O recém-nascido que necessita de internação após seu nascimento, será logo separado de sua mãe, e terá por um período de tempo a equipe de enfermagem como cuidadores. Porém, assim como um recém-nascido que vai logo para casa, este recém-nascido também necessita da presença da mãe para ter seu desenvolvimento afetivo preservado. (BRASIL, 2002).

Além dessa ausência materna, o recém-nato da UTIN ainda sofrerá com procedimentos dolorosos e invasivos, que podem interferir no seu comportamento. Portanto, cabe ao enfermeiro promover a formação e o fortalecimento dos laços afetivos, aproximando esse binômio, para que esses efeitos negativos sejam atenuados. E é quando a mãe vê, toca e cuida de seu filho que esses laços começam a se fortalecer. Para isso é importante tornar o ambiente acolhedor para mãe e filho. (BRASIL, 2002).

É também através do toque, que as mães podem começar a sentir mais participantes do cuidado de seus filhos. Pois, após esse primeiro contato elas se sentiram mais seguras a realizar pequenos cuidados e percebendo que são capazes de cuidar daquele bebê após a alta.

Klaus e Kennel (1993) ainda reforçam essa idéia à medida que, o quanto antes a mãe tiver a experiência do contato, carinho e cuidado com seu filho, mais precocemente ela se sentira mais confiante e terá mais habilidade para cuidar de seu filho.

Instintivamente ou por meio de conhecimento científico, os enfermeiros sabem que o contato pele a pele com a mãe é fundamental para o desenvolvimento do recém-nascido de forma geral, e principalmente para formar laços e reconhecer sua mãe.

Gaiva e Scochi (2005, p.446) lembram que “os bebês têm que trocar olhares, tocar e serem tocados, sentir, ouvir para que, dentre outras coisas passo a passo, possam conquistar um lugar em sua família”

[...] incentivo ela tocar no bebê [...] (Solidariedade)

[...] fazer com que ela toque na criança, pra ela perceber que aquilo ali é parte dela e um ser que depende também e principalmente dela pra poder vencer as barreiras [...] (Lealdade)

[...] o toque, perguntar se ela quer fazer uma troca de fralda, que é uma coisa simples, mas que pra ela vai ser algo de grande importância porque elas têm medo de mexer naquele bebê tão frágilzinho [...] (Humildade)

Ah, eu tento favorecer o contato mesmo, da mãe com a criança, às vezes as mães estão amedrontadas perto da incubadora, aí eu falo, pode botar a mão, mãe, pode abrir... colocar a mão, ver que a criança está melhorando[...] (Sensibilidade)

[...] tentar aproximar eles explicando a necessidade que ele tem, da aproximação dela, sobre carinho, afetividade, sobre a ajuda dela, sobre o que ela pode influenciar no tratamento dele [...] (Respeito)

Segundo o Manual do Método Canguru, quando mãe e filho ficam juntos depois do nascimento, uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais é disparada e destes muitos contribuem positivamente para a ligação afetiva entre eles, o que vai gradualmente unindo-os e contribuindo para o posterior do relacionamento. Assim fica provado fisiologicamente os benefícios do toque. (BRASIL, 2002).

Montagu (1998) ainda acrescenta que muitas evidências deixam claro que a pele é o órgão sensorial primário para o recém-nascido, será desenvolvido antes de qualquer outro sentido. E durante o processo de ligação afetiva reflexa, ou seja, quando é estimulado, será a experiência tátil o elemento crítico para o prosseguimento do crescimento e desenvolvimento saudável do recém-nascido.

[...] eu faço com que a mãe toque mais na criança [...] (Dedicação)

[...] Principalmente através do toque, permanência e interesse da mãe quanto o bebê na UTI ...permanecendo junto dele, tocando, conversando com ele, acariciando e estando todo tempo presente ali ao lado...Quando eu noto que a mãe está distante eu pergunto a mãe se ela quer tocar na criança, se ela deseja, se ela tá com medo de mexer, porque a criança de UTI, as vezes ela tem muitas coisas invasivas, soro, tem cateteres, então muitas das vezes a mãe quer mexer na criança mas fica com medo, precisa de que nos enfermeiros informemos a elas onde é que podem mexer e que elas podem sim tocar na criança, conversar com a criança, porque embora as vezes a criança possa estar numa ventilação mecânica, entubados com um tubo que vai até o pulmão, não impede que ela possa estar tocando na criança e que com um simples toque dela a criança vai se sentir melhor e que isso contribui para que a criança possa daí por diante sentir o cheiro da mãe, porque a criança sente quando é a mãe que está perto e isso

ajuda muito na melhora clínica da criança, quanto mais a mãe tocar e conversar, mesmo elas estando sedada a criança percebe[...] (Disponibilidade)

[...] ela pode ajudar a gente de outra forma, não assim fazendo o que a gente faz, mas dando carinho, botando a mão[...] (Leveza)

[...]acariciar a criança para melhorar assim a interação entre eles[...] (Simpatia)

Vale ressaltar que é muito importante a orientação quanto a maneira que deve ser realizado esse toque. É preciso que as mães entendam que esses recém-nascidos são hiperestimulados dentro de uma UTIN, e geralmente por estímulos dolorosos, o que pode causar uma desorganização comportamental. Desta forma, o toque materno deve ser sempre positivo, proporcionando bem estar para esse recém-nato. Para Silva (2002), o toque deve ser firme, não superficial. Assim, o recém-nascido se sentirá acolhido, com limites remetendo ao útero materno.

[...] a importância do toque e sempre orientando a forma como ela vai tocar de modo que ela não vá causar nenhum dano para o bebê [...] (Paciência)

[...] eu falo pra ela tocar na criança, muitas mães tem mania de passar a mãozinha assim de leve no bracinho, eu falo pra ela tocar mesmo, envolver cada membro, fazer carinho na cabeça [...] (Sutileza)

Nessa unidade não existe efetivamente uma rotina para a prática do “canguru”, recomendado pelo Ministério da Saúde, pode-se perceber iniciativas individuais dos enfermeiros quanto a essa prática. Certamente se houvesse uma orientação formal para a realização do “canguru” um número maior de mães e recém-nascidos seriam beneficiados.

[...] às vezes eu ponho no colo, faço um canguru, digo que o bebê é dela, que ela pode tocar sim [...] (Empatia)

[...] o toque o carinho, na medida do possível nas crianças que estão em condições de levar ao colo, estimular a presença [...] (Reciprocidade)

Os enfermeiros percebem a importância do toque para que as mães reconheçam seus

filhos, possam identificá-los e conhecer pouco a pouco suas preferências, dando início a um relacionamento amoroso. Para os recém-nascidos o toque materno traz conforto e referência de quem seja sua mãe. E para as mães, é através do toque que se oportuniza o cuidado do filho fazendo com que se aproxime, ao menos em parte, do papel de mãe idealizado.

5.3 Melhorar a relação entre mãe/recém-nascido: pensando no futuro

Apesar de todas as dificuldades que possam existir em ajudar as mães na relação com seus filhos, os enfermeiros reconhecem que quando se tem um bom relacionamento com suas mães desde o nascimento, esses recém-nascidos têm maiores chances de ter uma vida futura melhor e mais harmoniosa, por isso valorizam a construção do vínculo afetivo precocemente.

A qualidade do ambiente familiar interfere tanto no desenvolvimento neuropsicomotor da criança quanto os problemas perinatais. Fatores como o alto nível de estresse familiar e baixa interação materna parecem atuar diretamente no desenvolvimento infantil (BUARQUE et al., 2006).

Não cabe no momento aprofundar-me nas teorias que estudam apego e vínculo, porém pode-se fazer um breve esclarecimento. É preciso compreender que a formação dessa relação é diferenciada do ponto de vista materno e do recém-nascido.

Para as mães é importante que se construa um vínculo afetivo, que nada mais é que a expressão do amor, carinho, ternura e cuidado por seu filho, que está ligado a valores culturais, experiências passadas e no caso na UTIN, estímulo por parte dos profissionais (ARAÚJO, 2007).

Já para o recém-nascido, o importante inicialmente é que ele desenvolva o apego por sua mãe. Para Bee apud Gandra e Aznar-Farias (2000), o apego é a variação do vínculo afetivo, onde há a necessidade da presença do outro e esta presença gera segurança, é uma base segura que possibilita o indivíduo explorar o mundo e experimentar novas relações. E será a partir dessa sensação de segurança que ele virá a desenvolver posteriormente o vínculo afetivo com sua mãe.

Compreendendo isso, os enfermeiros relatam a preocupação do futuro dessa mãe e seu filho. Esses profissionais percebem que uma boa relação no futuro depende da formação do vínculo e do apego ainda dentro da UTIN.

[...] quando ela tem um bom vínculo, quando ela é ...foi bem concebida... existe uma relação bem estruturada com a mãe ou com a família, ela tem condições de muito mais tarde na vida adulta ela ter uma, uma vida tranqüila...cuidar bem dessa criança e que ela se torne uma criança, um adulto com qualidade de vida e que tenha uma boa relação em casa com sua mãe[...] (Doação)

[...] Favorecer o vínculo mãe e filho, que ela consiga se sentir mãe [...] (Paciência)

[...] Ah assim, um laço inicial, porque se ele já veio na UTI ela não teve assim um contato inicial na sala de parto, foi logo separada, então primeiro tem aquele susto, “-ah meu filho está na UTI”. Então eu espero assim, é um contato mesmo inicial dela com o filho, para reconhecer ele e para ela mesmo reconhecer a mãe[...] (Solidariedade)

[...]eu espero que esse relacionamento no decorrer do período que a criança esteja, fique internada fique cada vez mais forte e que posteriormente esse vínculo se torne bem forte[...] (Lealdade)

[...] Espero melhorar a relação entre mãe e filho, que elas possam entender o que está acontecendo e se sentirem mais confortáveis mediante aquela situação nova para elas [...] (Humildade)

[...] favorecer o bem estar da mãe e da criança e um vínculo entre os dois. Eu acho isso importante[...] (Sensibilidade)

[...] nos como enfermeiros, como equipe podemos fazer e tentar estreitar esse relacionamento[...] (Respeito)

[...] Eu espero fortalecer o vínculo, a questão do apego, porque quando você espera a criança, você cria um vínculo. Mas cada dia que passa o vínculo mãe e filho é fortalecido e quando o bebê nasce, ele não nasce com o amor que se sente agora... que ela possa com isso é participar mais, estar mais presente na UTI e consegui criar um vínculo bom com seu bebê. Eu acho que isso é o que a gente mais espera da relação mãe-bebê, porque a gente se preocupa muito com a criança, mas a relação da criança com a mãe é fundamental até para o desenvolvimento da criança...é fortalecer o vínculo[...] (Leveza)

Segundo Bowlby (1995), a privação materna, é a situação na qual a criança não tem uma relação calorosa, íntima e contínua com sua mãe, podendo essa privação trazer danos para sua saúde mental nos primeiros anos de vida. Tornando essa criança incapaz de ter raciocínio abstrato, ter comportamento impulsivo e outras desordens nesse sentido.

Este autor refere que período crítico para os efeitos negativos da privação materna acontece entre três e seis meses de idade. Mesmo entendendo que este não é o período que em média os recém-nascidos ficam internados na UTIN, não há como pensar que existirá um vínculo formado aos três meses, se isso não for estimulado antes.

Por isso, a qualidade de vida após a alta desse recém-nascido está intimamente ligada a um bom relacionamento durante a internação.

[...] é sempre legal, porque o bebê sempre muito bem e a mãe também, você quebra esse gelo [...]. (Empatia)

[...] eu espero que ela tenha um vínculo com ele[...] (Dedicação)

[...] que sejam momentos mais produtivos com uma qualidade melhor, dessa mãe com esse filho [...]. (Delicadeza)

[...] Então eu procuro assim, fazer com que ela comece a se acostumar a cuidar daquele bebê, para quando ele tiver pronto pra ir pra casa eles estarem ligados ... Bom, eu espero que assim, fortalecer o laço entre mãe e filho, a mãe se sentir segura pra cuidar daquela criança, levar aquela criança pra casa assim, apesar de que quando eles vão pra casa estão praticamente prontos pra ter vida plena, mas esse vínculo mãe e filho, ele tem que ser fortalecido ainda na UTI, senão como é que ela vai conhecer o bebê dela [...]. (Sutileza)

[...] que elas reflitam e melhorem e se interessem mais e ajudem na melhora da criança com essa interação[...] (Simpatia)

[...] a gente tenta é passar o mínimo de informação possível, mas tentar fazer com que ela possa se aproximar mais da criança.... então eu acho que com isso a gente estimulando o vínculo dos dois melhora também a parte emocional da mãe[...] (Confiança)

[...] Tento estimular o vínculo. O apego dessas mães com o bebê, o toque o carinho, na medida do possível nas crianças que estão em condições de levar ao colo, estimular a presença, a ordenha do leite humano dizendo quanto importante esse leite humano para essa criança e até projetando uma alta, estimulando um cuidado dessa mãe com o bebê...Eu espero vínculo, quando você estimula o vínculo você estimula mais uma relação de amor dessa mãe, de cuidado[...] (Reciprocidade)

Segundo Brazelton (1988), o vínculo afetivo entre pais e filhos acontece como um processo contínuo que se inicia na gestação e vai se formando à medida que as interações vão acontecendo, sendo um processo ativo durante toda a vida.

Os enfermeiros têm a preocupação com a continuidade da relação mãe/recém-nascido após a alta da UTIN, e compreendem que eles são fundamentais no sucesso dessa relação, promovendo o encontro afetivo entre mãe e filho.

6 ANÁLISE DO CONTEXTO VIVENCIAL DAS EXPERIÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO RELACIONAMENTO COM AS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS NA UTIN

Dando continuidade a análise compreensiva das falas, chega-se ao momento de desvelar o Contexto Vivencial desses enfermeiros. Tentar retratar através de depoimentos, as relações que são construídas nesse ambiente, as vivências e as experiências desses profissionais. Compreendendo que cada experiência é única e individual, tal qual a percebemos. Contudo, quando se forma um grupo social, no caso os enfermeiros da UTIN, pode-se perceber pressupostos semelhantes e um mesmo contexto vivencial.

Desta forma, um aspecto relevante e recorrente nas falas dos enfermeiros é a identificação de sentimentos negativos nessas mães de recém-nascidos na UTIN. O medo, a insegurança, a preocupação e ansiedade são os mais relatados. Esses profissionais percebem nessas mães um grande mal estar mediante a situação de internação de seus filhos, gerado pela grande expectativa de um futuro incerto somado a pouca informação sobre o que seja uma UTIN.

Reichert, Lins e Collet (2007) afirmam que a separação de mãe e filho logo após o nascimento gera reações imprevisíveis. É uma experiência que gera alterações no cotidiano, trazendo sentimentos de angústia, dúvidas, medo do prognóstico e dificuldade de aceitação, traz enfim, um grande desequilíbrio, constituindo uma situação de estresse.

Bom, quando ela está presente, e existem situações que isso não acontece, eu vejo que é de muita expectativa, e um pouco, assim, de falta de noção, não diria da gravidade porque nem sempre o bebê está grave, mas dos cuidados que esse bebê inspira e ela não tem essa noção, talvez por isso é uma sensação de expectativa muito grande, ela ta sempre perguntando se está melhor e se vai embora na semana que vem, e a gente sabe que muitas vezes isso está longe de acontecer[...] (Doação)

Em geral uma relação de preocupação, receio, elas tem medo de tocar, medo de desconectar alguma coisa, elas acham que o toque, o fato de mexer vai acabar, ao invés de ajudar pode prejudicá-lo, assim..sei lá, pode tirar alguma coisa do lugar, perder veia ou o próprio respirador, então no início é uma relação de medo.... mas, acho que é basicamente isso medo mais preocupação.[...]no primeiro momento que ela ta tão assustada com o bebê dela ali[...] (Paciência)

Eu acho que assim, inicialmente pra mãe ver o filho na UTI, é meio complicado para ela, assim estranho. [...] Ah muita novidade, tem o risco dele morrer. Ah é difícil mesmo.[...]Mas para mãe, eu acho que é bem complicado.[...] (Solidariedade)

[...] na maioria das vezes a gente percebe que a mãe a princípio fica surpresa, primeiro porque ela não tem a noção de que seja uma UTI. [...](Lealdade)

Inicialmente quando as mães chegam, é tudo uma novidade para as mães. Aquele ambiente novo, muitas das vezes os filhos estão entubados, estão no CPAP é um susto pra elas, então primeiro tem que haver esse primeiro contato que é muito difícil para elas. [...] (Humildade)

Ah, eu percebo assim, que as mães elas ficam muito amedrontadas. Com relação as crianças estarem na UTI, principalmente quando elas vêem muitos equipamentos, muitas coisas perto das crianças, não sei, eu vejo uma ansiedade muito grande nelas, de querer saber se a criança ta bem, se vai melhorar, querer saber se a criança vai se alimentar, se vai poder mamar. É isso que eu percebo mais nas mães. A ansiedade, querer saber se a criança vai melhorar, a vontade de amamentar e o medo mesmo da criança estar agravando. [...] (Sensibilidade)

Eu acho que é uma relação difícil, principalmente para a mãe, porque a primeira impressão assim da mãe, é diferente da expectativa que ela tem do bebê. [...] (Respeito)

De imediato eu vejo que elas são muito carentes e muito sofridas, no sentido de não estar esperando a presença de ao invés de levar o bebê pra casa ficar com o bebê na UTI, então eu acho que elas são muito sofridas e cheias de medo. [...] (Dedicação)

[...] dentro de isso tudo é um grande sofrimento nessa relação, mas baseada no medo, no sofrimento de perder aquele bebê. (Delicadeza)

[...] a maioria das mães, elas chegam assim apavoradas. Olham, ficam olhando não sabem como vai tocar, o que vai fazer[...] (Sutileza)

Olha, a gente percebe que quando ela chega, ela entra tem muita ansiedade pelo desconhecido, porque elas têm uma visão diferente do nascimento da criança e quando a criança vai pra um CTI, elas ficam muito ansiosas muito nervosas. [...] (Confiança)

Bom, é uma relação, pra mim é uma relação que eu percebo entre as mães, de medo, insegurança, tristeza por parte das mães. [...] (Reciprocidade)

A culpa, em especial, também foi explicitada como sentimento materno. Os enfermeiros percebem nas mães esse sentimento. O desconhecimento das reais causas da internação de seus recém-nascidos pode ser responsável por essa manifestação materna. Pois, na maioria das vezes um parto prematuro, uma intercorrência durante o parto, ou até mesmo uma malformação de origem embrionária, causas primárias de internação de recém-nascidos, são eventos que independem da vontade materna.

Algumas mães tentam resolver sua impotência através da culpa, pensando que fizeram alguma coisa que resultasse na internação do filho, ou então tenha deixado de fazer algo para evitar isso. Esse sentimento, assim como todos os outros sentimentos negativos devem ser superados para que essas mães possam retornar suas vidas como antes. (KENNER, 2001).

[...] e que vai e acontece uma fatalidade e muitas das vezes elas se sentem culpadas [...] (Paciência)

[...] a princípio ela acha que sempre a culpa é dela, porque a criança foi pra UTI[...] (Lealdade)

Bom, é uma relação, pra mim é uma relação que eu percebo entre as mães, de medo, insegurança, tristeza por parte das mães e às vezes até culpa.[...] (Reciprocidade)

Durante a gestação é comum que as mulheres criem fantasias de como será seu filho. Configuram o “bebê idealizado”, sempre saudável, bonito e perfeito. Após o nascimento, essas mães se deparam com o “bebê real”, e no caso de um recém-nascido prematuro ou com alguma patologia, bastante discrepante daquele imaginado, causando um grande choque. Assim sendo, os enfermeiros vivenciam o imaginário materno e conseqüente decepção.

Lamy, Gomes e Carvalho (1997) referem que para o senso comum, o recém-nascido é visto como alguém saudável, portanto a internação de um filho logo após o nascimento é algo totalmente inesperado. Medos e fantasias sobre problemas durante a gestação até ocorrem com as mães, porém tendem a ser sublimados.

Estudos mostram que entre o quarto e o sétimo mês de gestação existe o ápice nas representações maternas sobre o futuro bebê. Após esse período, essas representações tendem a diminuir é como se as mães intuitivamente protegessem a si mesmo de uma possível discordância do filho que chegará (BRASIL, 2002).

Considerando que muitos dos recém-nascidos da UTIN são prematuros, suas mães não chegariam a esse ponto de desconstrução do “bebê idealizado”, sofrendo assim com a difícil realidade.

[...] mas eu penso que seja sim importante porque muitas das crianças que estão na UTI às vezes a mãe fica assim, achando que vai ficar esperando chegar nove meses, ne? Uma criança perfeita sem problemas [...] (Doação)

[...] porque naquele primeiro momento é a frustração vem o bebê que nasce antes da hora que nasce com uma patologia que ela não esperava, um bebe que foi super planejado super esperado e que vai e acontece uma fatalidade [...] (Paciência)

[...] porque a mãe passa a gravidez toda idealizando aquele bebê bonito e tal, que vai logo levar para casa para o quartinho e de repente ele está em um ambiente..., na UTI cheio de aparelhos e toda hora vem um e faz alguma coisa [...] (Solidariedade)

[...] Toda mãe espera um bebê saudável, grande, que não seja prematuro, aí muitas das vezes ela chega aqui e se depara com um bebê totalmente diferente daquilo que ela esperava. [...] ajudando a mãe a entender as necessidades daquele bebê, apesar dele não ser como ela esperava que fosse, um bebê grande, sem problemas.[...] (Respeito)

[...] no sentido de não estar esperando a presença de ao invés de levar o bebê pra casa ficar com o bebê na UTI [...] (Dedicação)

[...] Tem aquele primeiro momento em que a mãe se depara com uma criança que não é o que ela esperava. [...] por que você cria toda uma expectativa em relação à criança, você imagina que vai nascer. Ah, sei lá com o olho do pai, com o cabelo da avó, imagina aquela criança bonitinha, e nem sempre é assim, né? Você encontra às vezes um prematuro que não é nada daquilo que ela imaginou. Além desse impacto, de ter uma criança que não é aquela que ela imaginou, ainda tem aquela questão da fragilidade que o próprio prematuro passa pra pessoa. [...] (Leveza)

[...] porque elas têm uma visão diferente do nascimento da criança e quando a criança vai pra um CTI, elas ficam muito ansiosas muito nervosas. [...]Acho que ela pensa que vai ficar com aquela criança no colo, que vai amamentar e aí quando ela se depara com um ambiente que é cheio de máquinas e que só pode botar o dedinho e não pode fazer mais nada. [...] (Confiança)

Apesar das dificuldades maternas em conviver com o ambiente da UTIN e com o quadro delicado de seus filhos, os enfermeiros acreditam que a presença das mães é benéfica para os recém-nascidos, ajudando-os em sua recuperação, sendo estes inclusive capazes de perceberem a presença materna. Em contra partida, quando as mães não estão presentes esses recém-nascidos têm seu processo de recuperação retardado.

Por vezes, as mães podem considerar-se pouco importantes para seus filhos e que nada podem fazer pela melhora deles, sobretudo quando não são orientados quanto a importância dos cuidados maternos. Portanto, cabe ao enfermeiro reafirmar perante essas mães o quanto é fundamental a sua presença dentro da UTIN (BRASIL, 2002).

[...] mostrar para ela também a importância que ela tem no tratamento do bebê, na recuperação dele. [...] (Respeito)

[...] mas eu vejo que é muito importante a mãe estar presente, conversar, tocar. Para a criança acho que, se sentir fortalecida. Pra se recuperar, pra saber que tem alguém aqui que quer que eu me recupere que quer eu fique bem, quer que eu viva.[...] Ah, o que eu acho importante, é que aquele serzinho que está ali precisa mesmo de mãe de pai ali do lado falando, estimulando a ele viver [...]. (Sutileza)

[...] porque a gente se preocupa muito com a criança, mas a relação da criança com a mãe é fundamental ate para o desenvolvimento da criança. [...] eu vejo isso criança que a mãe morreu, ou que a mãe não vem tem um desenvolvimento mais lento, nunca fiz pesquisa nem nada, mas eu observo isso na prática, que tem um desenvolvimento mais lento.[...] (Leveza)

[...] por que essa experiência que a gente tem todos esses anos a gente vê que a criança que tem a mãe e o pai presentes e uma criança que se sente assim, que tem uma melhora mais significativa do que aquele a mãe mora muito longe ou até mesmo da mãe que abandona a criança. [...] (Confiança)

Tão importante quanto à presença materna junto ao seu filho, é a presença do próprio enfermeiro junto aos dois, como um elo entre mãe e recém-nascidos. Em sua vivência, os enfermeiros percebem que funcionam como suporte para essas mães, devido à proximidade deste binômio.

Para Vasconcelos et al. (2006) a comunicação nesse momento, é um recurso terapêutico fundamental que dá acesso à autonomia, à confiança mútua e a segurança permitindo estabelecer interações entre equipe de enfermagem e mães.

No contexto da internação, o enfermeiro tem papel relevante nos momentos de interação e promoção do cuidado ao binômio mãe e filho. Ele que tem a função de aproximá-los física e afetivamente. A equipe de enfermagem deve nesse momento estar munida de paciência, organização, conhecimento e competência para auxiliar as mães nesse processo de transição (RABELO et al., 2007).

Para Wernet e Ângelo (2007), sensibilidade e disponibilidade do enfermeiro para estar com as mães são percebidos por meio de ações onde o enfermeiro reflete e consegue perceber a mãe como sujeito relevante no processo de internação do recém-nascido.

[...]a enfermeira que ta próxima ali...sabe o dia-a-dia daquele bebê que pode ta passando para a mãe as necessidades que a criança sente, então eu acho importante a gente estar dentro do possível atenta, a estar fazendo esse tipo de contato. Só isso [...]. (Paciência)

[...]A gente vai dando essas informações, vai dando força pra que a mãe perceba que ela pode também ajudar, não só os profissionais, como ela e o pai também e com isso elas vão ficando cada vez mais confiantes daquela importância e ela vai vencendo as etapas.[...] (Lealdade)

[...] Ah eu acho que o enfermeiro funciona como um elo de ligação, nisso que eu vejo esse medo das mães muitas vezes, de ter o contato com os filhos, com medo dele estar agravando, então eu acho que o enfermeiro, ele está como uma ponte, ele está ali ajudando a mãe a estar entendendo a situação da criança e a estar ficando mais próxima da criança.[...] É isso eu vejo o enfermeiro como essa ponte ajudando no contato mãe e filho. [...] (Sensibilidade)

[...] não é uma relação normal, que precisa da nossa interferência muitas das vezes, a gente tem que estar sempre interferindo pra poder estreitar esse relacionamento. [...] (Respeito)

[...] agora se você não faz essa ponte, esse elo, ela vai chegar, olhar o bebê não expressar muita, sair e pronto. [...] (Empatia)

[...] Bom, eu só queria acrescentar que a função do enfermeiro dentro da UTI, na formação desse vínculo é muito importante, porque com o esclarecimento que a gente tem e com o conhecimento que a gente pode proporcionar um acolhimento pra eles muito importante. [...] (Dedicação)

[...] ai eu sempre acabo encorajando, dando força a mãe, apoiando a mãe[...] (Delicadeza)

Esse apoio do enfermeiro, muitas vezes é representado não só com palavras amigáveis e confortantes. Esses profissionais consideram bastante importante oportunizar que essas mães participem dos cuidados a seus filhos, como forma de estimular o contato entre os dois.

A inclusão da mãe na assistência de seu filho emerge da reflexão do cuidado humanizado. Isso significa considerar e valorizar diferentes sujeitos implicados no processo de internação na UTIN. Assim, o enfermeiro consegue que a mãe vislumbre o momento da alta e perceba que é capaz de assumir os cuidados do seu filho.

Se antes a mãe era excluída da assistência em UTIN, hoje ela é vista como uma aliada no processo de assistência, sendo permitida e incentivada pelos enfermeiros sua maior permanência e participação no cuidado dele (Fonseca et al., 2004).

[...] a gente vai procurar estar sempre inserindo ela nesse cuidado e existem algumas situações que, por exemplo, essa semana tem uma criança com a gente que vem a mãe ou o pai pega a criança e fica com ela no colo porque é uma criança que tem condições[...] (Doação)

[...] Eu espero que a mãe seja bastante participativa desse processo.[...] (Lealdade)

[...] perguntar se ela quer fazer uma troca de fralda, que é uma coisa simples mas que pra ela vai ser algo de grande importância porque elas tem medo de mexer naquele bebê tão frágilzinho [...] dá pra ela as vezes trocar uma fralda, dá para ela participar de alguma forma e

ai eu acho que esse medo já vai passando e ela vai participando mais, não participando dos cuidados, mas dando carinho, que eu acho que o papel da mãe aqui é esse. Ordenhar um leite, trocar uma fralda, dar um carinho... acalmar a criança, acalentar acho que esse é o principal, acalmar e acalentar a criança[...] (Humildade)

[...]dá para ela às vezes trocar uma fralda, dá para ela participar de alguma forma e ai eu acho que esse medo já vai passando e ela vai participando mais. [...] (Leveza)

Os enfermeiros relatam que, com o passar do tempo dentro da UTIN, as mães começam a apropriar-se da rotina desta unidade tornando-se mais confiantes. O apoio dos enfermeiros também se faz presente para que essas mães sintam-se fortalecidas e com mais interesse em participar dos cuidados aos recém-nascidos.

A medida que as mães vão sendo inseridas no cotidiano da UTIN, começa a vivenciar os sentimentos de ter um filho que necessitará de cuidados especiais durante algum tempo mesmo após a alta hospitalar. (FONSECA et al., 2004).

Essa vivência faz a mãe perceber a mudança de vida proporcionada pelo nascimento de seu filho. O tempo que passará na UTIN lhe permite refletir e se organizar emocionalmente sobre esse fato, porém mesmo que os sentimentos negativos sejam abrandados pelo tempo já passado, o apoio do enfermeiro é fundamental para que essas mães consigam seguir em frente.

[...] Se o bebê eventualmente fica mais tempo essa relação acaba se estreitando elas já adquirem mais confiança mas de um modo geral é uma relação feita com medo [...]. (Paciência)

[...] Mas eu percebo também, que no decorrer do tempo, assim e com o apoio da equipe, é...com o que se consegue, faz com que ela, que ela perca esse medo essas barreiras vão sendo vencidas e mais assim posteriormente essa relação fica um pouco melhor [...] (Lealdade)

[...] muitas conseguem vencer essa barreira, outras uma dificuldade maior, mas aquelas que conseguem vencer a barreira, eu acho que é ótimo pra criança, as que têm mais dificuldade, muitas depois também superam.[...] (Humildade)

[...] mas a medida que o tempo vai passando e ela vai ganhando confiança ela passa a ser esperançosa.[...] (Dedicação)

Apesar de perceberem o quão importante é estar ao lado das mães durante a internação de seus filhos, os enfermeiros relatam que, sendo a UTIN uma unidade de pacientes graves, a demanda de trabalho é bastante grande e, portanto geralmente não é possível dispor do tempo ideal para acompanhar cada mãe no contato com seu filho. Acrescido a isto, ainda existe um problema bastante usual em unidades de saúde, o número insuficiente de pessoal.

A equipe de enfermagem da UTIN é submetida à vários estímulos estressantes. O ritmo de trabalho é intenso e exaustivo, há um enorme grau de exigência sobre a constante atualização de conhecimentos e nesse ambiente é necessário ter habilidade técnica e de relacionamentos. (REICHERT; LINS; COLLET, 2007)

E ainda sabemos que, a realidade da enfermagem no Brasil não revela remuneração condizente com o trabalho executado, fazendo com que muitos dos enfermeiros tenham que ter mais de um vínculo empregatício para conseguir uma renda capaz de suprir suas necessidades, aumentando ainda mais o desgaste físico e mental do profissional.

[...]não tem profissional suficiente pra ta fazendo isso que a mãe tenha vontade de fazer, é claro que a gente tem vontade de fazer mas não tem recursos humanos suficientes então algumas coisas, por mais que a gente queira humanizar, não tem como então [...] (Doação)

Só assim, que eu acho que a equipe que trabalha em UTI Neonatal ...assim, quem trabalha em UTI geralmente é por que gosta, mas a gente acaba não conseguindo fugir da mecanização das coisas, na maioria das vezes, a importância da gente estar favorecendo esse contato da mãe com o neném passa despercebido. Às vezes a gente não percebe que ela ta assustada não pára, por conta da rotina mesmo que tem que cumprir, não pára mesmo para estar conversando com ela, para ouvir. [...] (Paciência)

[...] Gostaria que todos os enfermeiros tivessem essa atitude e esse olhar clínico, que às vezes não é que o enfermeiro não tenha e não queira ter, e que não dá pra ter diante de tanto serviço às vezes a gente tem dentro de uma UTI e passa despercebido esse tipo de coisa [...]. (Disponibilidade)

[...] Bom, o que eu mais faço na maioria das vezes é, e quando eu me dirijo a pessoa, porque eu não vou mentir pra você, não é todo mundo, né? Às vezes por conta de ocupação, ou certas coisas que a gente está fazendo. [...] (Sutileza)

Enfim, o contexto vivencial das experiências dos enfermeiros que trabalham em UTIN, revela-se repletos de sentimento intensos. O imaginário materno é fortemente identificado como razão de tantos sentimentos e dúvidas. Conviver com a angústia, ansiedade e medo das mães diariamente requer sensibilidade e disponibilidade. As falas desses

profissionais convergem no sentido de dar apoio as mães e valorizar a presença delas junto a seus filhos.

Porém, o desgaste do dia-a-dia faz com que essa valorização seja subestimada por vezes, além da falta de qualquer sistematização quando se refere ao cuidado da família. É possível que o enfermeiro sinta-se sozinho e sem fundamentação ao realizar o movimento de aproximação entre mãe e recém-nascido.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfim, chega-se as considerações finais. Nesse momento com a sensação de dever cumprido, posso agora, fazer uma breve reflexão sobre minha vivência como enfermeira de UTIN. A motivação de desenvolver esse estudo deu-se a partir do meu dia-a-dia como enfermeira, que apesar de ainda não ter uma longa jornada profissional, esta experiência fora e ainda é bastante intensa. A convivência com tantas mães e recém-nascidos e suas histórias de vida atuou em mim como um catalisador para tentar entender melhor esse universo. Entretanto, sinto que ainda existe muito a ser compreendido e deve haver uma busca constante em relação ao comportamento profissional ideal que visa à melhor qualidade de vida para o binômio mãe/recém-nascido.

Percebo que o enfermeiro de UTIN ainda precisa ser instigado a refletir sobre sua ação na aproximação mãe/recém-nascido, as categorias que emergiram demonstram isto, que existe um movimento visando à relação materna com seu filho, porém é feita sem reflexão crítica, sistematização ou muita preocupação com as consequências.

Apesar dos sujeitos do estudo ter em média 10 anos de experiência em UTIN, as entrevistas foram bastante breves, entendo esse fato como uma “ilustração” dessa falta de reflexão. Não acredito que eles não tenham compreendido ou não sabiam responder as questões, até porque eram apenas questões norteadoras, não havendo certo ou errado, acredito sim que esses profissionais não estavam prontos a respondê-las. Prontos no que se diz respeito à imersão na temática, a já ter tido momentos a pensar sobre essa ação dentro da UTIN e sua importância. É notório que quando não estamos bastante familiarizados com algo, não conseguimos desenvolver o assunto com desenvoltura, agiremos com extrema objetividade.

Contudo, esses enfermeiros conseguem identificar ações importantes no que se refere a relação mãe/recém-nascido. Um primeiro passo é aproximar as mães da realidade da UTIN, como demonstrou suas falas. Na primeira categoria **ambientar as mães na UTIN: o começo da relação** isso fica bastante claro. Todos dão grande importância a familiarizá-las com o aparato tecnológico, as terminologias e sobre a situação a qual o recém-nascido está passando. Palavras como orientar, explicar e conversar são utilizadas, sempre no sentido de fornecer a mães mais subsídios que diminuam sua estranheza mediante aquela situação.

Para mim, fica mais uma vez claro que não existe nenhuma preocupação com a forma com que essa aproximação ao ambiente é feita. É preciso ter sensibilidade para perceber que algumas mães precisam mais do que uma conversa para se sentirem mais confortáveis na

situação de internação de seu filho. Outras não terão um bom grau de entendimento perante a uma explicação técnica sobre a aparelhagem específica de uma UTIN, e outras ainda preferem uns instantes sozinhas para tentar entender toda aquela situação.

Nenhum desses fatos desmerece a ação do enfermeiro, somente faço essa ressalva à medida que compreendo o quão difícil deve ser esse momento para as mães, e que essa ambientação deve ser feita da melhor maneira possível visando diminuir esse desconforto. É fácil vislumbrar uma mãe que saia da UTIN ainda com mais dúvidas e medos após receber “orientações” com termos técnicos totalmente alheios ao seu conhecimento.

Já na segunda categoria: **aproximar através do toque: usando os sentidos para se relacionar**, os enfermeiros referem à importância em estimular esse contato físico entre mãe/recém-nascido, o que foi bastante interessante de se verificar. Esse tipo de contato é amplamente discutido e incentivado, desde o surgimento do manual do método canguru, editado pelo Ministério da Saúde. No caso das UTINs, nem sempre é possível adotar a posição canguru como descrita no manual, devido ao quadro clínico dos recém-nascidos, porém outras formas de aproximação foram descritas pelos enfermeiros.

Já foi comprovado cientificamente que todo recém-nascido precisa que seu sistema sensorial seja estimulado para que tenha um bom desenvolvimento e que consiga formar laços afetivos. De acordo com as falas, os enfermeiros conseguem perceber esse fato, foi relatado que além do toque, permitir que o recém-nascido sinta o cheiro de sua mãe e que ouça sua voz é benéfico para o estabelecimento do vínculo.

Creio que essas ações dos enfermeiros estejam ligadas a divulgação do manual do método canguru, a grande discussão que ocorre hoje em dia no campo da neonatologia sobre o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo e ainda, que visam atender aos anseios maternos, mesmo temerosas quanto ao manejo de seus pequenos filhos, geralmente todas as mães quando encorajadas querem tocar, acariciar ou botar no colo seus filhos.

E por fim a terceira categoria: **melhorar a relação entre mãe/recém-nascido: pensando o futuro**, demonstra que existe uma preocupação com o futuro emocional do binômio. Preocupação de como será a vida dos dois após a alta e em um futuro mais distante. Os enfermeiros relatam que suas ações acontecem sempre visando uma relação ótima futuramente, e que entendem que esta relação só acontecerá se for estimulada e iniciada precocemente, dentro da UTIN.

Assim estes profissionais agem intencionalmente, através de ações que estimulem a construção e o desenvolvimento da relação entre mãe/recém-nascido, motivar uma vida posterior sem traumas, desentendimentos e até desinteresse materno por seu filho. Essa ação

intencional configura-se no *motivo para* conceituado por Schutz, exatamente como o motivo de se agir de determinada forma pensando em alcançar certo objetivo futuramente.

Nesta categoria fica nítido que os enfermeiros percebem sua função muito além dos cuidados assistenciais dentro da UTIN, mas também como de suma importância para o futuro daquela família.

Além das categorias, nesse estudo foi possível compreender o contexto vivencial desses enfermeiros. De forma geral, o grupo age e pensa de forma similar baseada em pressupostos semelhantes. Desta forma é possível perceber vieses de comportamentos destes.

Essa vivência dentro da UTIN, segundo os enfermeiros, faz com que tenham um relacionamento bastante estreito com as mães, a ponto de perceber nelas as conseqüências de ter seu filho internado. Eles relatam que essas mães chegam imersas a sentimentos ruins, como insegurança, medo, ansiedade e até culpa. Essa percepção é bastante válida à medida que esses profissionais vão lidar diretamente com elas e assim terão a capacidade de compreender reações ruins dessas mães, e ainda tentar contornar junto com elas as dificuldades e desfazer esses sentimentos que poderiam prejudicar o relacionamento com seus filhos.

A presença do pai foi considerada em algumas falas dos enfermeiros, para esses profissionais também é de grande importância que o pai participe do processo de internação de seu filho, estes também devem criar laços afetivos; e ainda a presença paterna geralmente representa um suporte importante às mães nesse momento de dificuldade.

Nesse contexto, o fundamental foi constatar que a presença das mães dentro das UTINs é considerada natural para os enfermeiros, apesar de ainda não estar completamente esclarecido como inseri-las no cotidiano da unidade, é fato que elas fazem parte deste ambiente e que precisa haver uma convivência harmoniosa entre todos.

Mediante à essa aceitação da presença materna, é preciso nesse momento, investimentos em atualização e capacitação profissional. O profissional que fica por muito tempo na mesma rotina de trabalho tende a acomodar-se e a não buscar novidades. Felizmente na área de neonatologia existe uma grande oferta de cursos de atualização e capacitação, basta haver maior interesse do profissional em buscar esse aperfeiçoamento na área do relacionamento familiar.

Cabe as chefias das UTINs, estimular que seus profissionais qualifiquem-se não só na área assistencial propriamente dita, mas também nas questões mais subjetivas. Atualmente muitos estudos sobre a temática já estão disponíveis, além dos manuais do Ministério da

Saúde que exploram de maneira elucidativa a abordagem materna nas UTINs e as estratégias de aproximação mãe/recém-nascidos.

No que diz respeito ao estímulo ao relacionamento entre mãe e filhos, visto a subjetividade da temática, as ações não podem ser norteadas a partir de ações pré-estabelecidas ou protocolos, sem considerar cada situação e cada indivíduo (as mães). O que se faz necessário e fundamental é a sensibilização dos enfermeiros para que consigam perceber as necessidades da cada binômio mãe e filho, que consigam perceber o momento em que devem intervir para aproximá-los e quando deve afastar-se para que ambos possam ter a oportunidade de se reconhecerem.

Essa sensibilização acontece quando momentos de discussão são proporcionados, abrindo-se espaços para que as opiniões sejam emitidas, tanto dos profissionais quanto das mães que passam por essa experiência de internação de seus filhos nas UTINs.

Havendo um interesse genuíno por parte dos enfermeiros na construção e no desenvolvimento da relação entre mães e seus filhos, cada UTIN pode estabelecer estratégias para melhor atender esse objetivo, respeitando as limitações da cada local. Porém, desta forma o binômio mãe/recém-nascido não ficaria a mercê da boa vontade individual de cada profissional, existiria um pensamento único em prol do bem estar dessa família. Desta forma o processo não seria interrompido a cada troca de plantão, as mães não se sentiriam sozinhas e perdidas com a saída daquele único profissional que as apóiam, porque todos estariam prontos a ajudá-la de igual forma nos momentos de dificuldade.

Os enfermeiros precisam compreender que anterior a possibilidade de promover algum tipo de relacionamento entre mãe e filho eles precisam estabelecer um relacionamento com as próprias mães. A comunicação e a interação precisam estar em sintonia para que um passo adiante seja dado, pois havendo qualquer ruído entre enfermeiros e mães, todo o processo de aproximação com os recém-nascidos pode ser prejudicado.

Nesse estudo pude concluir que, apesar do enfermeiro ser, dentro do ambiente biomédico, tradicionalmente o profissional mais atento às questões psicossociais devido a sua formação; seu comportamento é bastante variado em relação ao outro. É fato que esses profissionais percebem que existe uma relação que precisa de cuidado dentro da UTIN (a relação mãe/recém-nascido), porém não há muita reflexão sobre isto.

Ainda hoje, há um grande conflito conceitual dentro das UTINs. Para muitos, um local onde o primordial é salvar vidas não comportaria elementos do relacionamento humano, ou então, esses elementos não seriam tão importantes. Contudo, e felizmente, esse tipo de comportamento não se apresenta de forma intencional e rígida, é somente reflexo do uso de

tecnologias cada vez mais avançadas que nos afastam do contato “íntimo e pessoal” com o paciente e devido à grande carga de trabalho, que o torna mais mecanizado.

Contudo, os enfermeiros que escolhem a área da neonatologia, já são por natureza, pessoas de grande sensibilidade e senso de doação, mediante a escolha por cuidar de crianças tão pequeninas e delicadas. Acredito que, quando corretamente estimulados estes podem promover muito mais do que assistência especializada ao recém-nascido, podem promover o amor e o carinho com suas mães.

Pensando que cada vez mais a sobrevivência de recém-nascidos de baixo peso aumenta e que hoje se consegue salvar vidas antes consideradas inviáveis, as UTINs tendem a crescer e mais profissionais devem estar preparados a vivenciar esse ambiente, e quando esses enfermeiros perceberem o quanto podem contribuir, mais mães e filhos terão a chance de formarem uma família feliz e sem traumas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. B. M. Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re) conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

_____; RODRIGUES, B. M. R. D; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freiriana. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.180-186, abr./jun. 2008.

BACKES, D. S; LUNARDI, V. L; LUNARDI, W. D. F. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p.132-135, jan./fev. 2006.

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

BARBOSA, E. C. V; RODRIGUES, B. M. R. D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v.26, n.1, p.205-212, 2004.

BEE, H. **A criança em Desenvolvimento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996 apud GANDRA, M. I. S; AZNAR-FARIAS, M. A importância do apego no processo de desenvolvimento. **Brazilian Pediatric News**, São Paulo, v.2, n.4, p.3-13, 2000.

BENINCÁ, C. R. S; GOMES, W.B. Relatos de mães sobre transformações familiares em três gerações. **Estudos de psicologia**, Natal, v.3, n.2, p. 177-205, 1998.

BERMEJO J. C. **Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BICUDO, M. A. V.; ESPÓSITO, V. H. C. **Pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: UNIMEP, 1994.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano : compaixão pela terra**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BRAGA, N. A; MORSCH D. T. Os primeiros dias na UTIN. In: MOREIRA, M. E. L; BRAGA N. A; MORSCH D.T. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**: Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método mãe canguru: Manual do curso. Brasília, DF, 2002.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BUARQUE, V. et al. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. **Jped**, Rio de Janeiro, v.82, n.4, p.296-301, 2006.

CABRAL, I. **A aliança dos saberes no cuidado e estimulação da criança bebê**: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. 1998.210p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

CALDERANO, M. A. Notas sobre a Fenomenologia Social de Schutz: considerações acerca de alguns pressupostos filosóficos. **Rev. Estudos de Sociologia**, Recife, v.4, n.1, p. 7-23, 2001.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e senso comum**. Rio de Janeiro: Ed. Central da Universidade Gama Filho, 1997.

_____. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis; EdUFSC, 1984. p.130-157.

CECHETO, F. H. Reações Emocionais da Família em UTIP. In: EINLOT, L, et al. **Manual de Enfermagem**: UTI Pediátrica. Rio de Janeiro: Ed Medsi, 1996. p. 501-503.

COELHO JUNIOR, N. Encontros e desencontros. **Ciência e vida**: Filosofia especial, São Paulo. Escala, ano I, n. 6, 2008.

COLTRO A. A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. **Caderno de pesquisas em administração**. São Paulo, v.1, n.11, jan./mar. p.37-45, 2000.

CORRÊA, A. K. Fenomenologia: uma alternativa para a pesquisa em enfermagem. **Rev. Latin-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto; v.5 n.1, p.83-88, jan. 1997.

CORREIA, J. C. Fenomenologia e Teoria dos sistemas: reflexões sobre um encontro improvável. **Rev. Universidade da Beira interior**. Covinha, Portugal, p. 1-12, jun. 2004.

DARTIGUES A. **O que é a fenomenologia?** 2. ed. Rio de Janeiro: Eldorado, 1973.

DEMO P. **Pesquisa:** principio científico e educativo. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

FONSECA, L.M.et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev. Latin-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p. 65-75, mar. 2004.

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

GANDRA, M. I. S; AZNAR-FARIAS, M. A importância do apego no processo de desenvolvimento. **Brazilian Pediatric News**, São Paulo, v.2, n.4, p.3-13, 2000.

GOMES, G. C; LUNARDI, D. W. F; ERDMANN, A. L. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 93-99, jan./mar. 2006.

GOMES, W. B. A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. **Psicol. USP**, São Paulo, v.8, n.2, p.1-18, 1997.

ISSI, H. B.; SCHENKEL, S. S.; LATUADA, V. T. V. Hospitalização da criança e participação da família. In: KALINOWSKI, C. E. (Coord.) **Proenf**: Programas de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente. Porto Alegre: Artmed, 2007. ciclo 2 módulo 2, p 31-67. (Sistema de educação continuada a distância).

KAMADA, I; ROCHA, S. M. M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n.3, p. 404-411, 2006.

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichamann & Affonso Ed. 2001.

KLAUS, M. H; KENNEL, J. H. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas,1993.

LAMY Z, C; GOMES, R; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **J. pediater**, Rio de Janeiro, v.73, n.5, p. 293-298, 1997.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARTINS, J; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: EDUC/Moraes, 1989.

MASINI, E. F. S. O enfoque fenomenológico de pesquisa em educação. In: FAZENDA, I. (Org). **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1989.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTAGU, A. **Tocar: o significado humano da pele**. São Paulo: Summus, 1998.

NASCIMENTO, C. F. L. et al. A natureza do vínculo mãe/filho: onde tudo começa. In: NOBREGA, F. J. **Vínculo mãe/filho**. Revinter. Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, B. R. G, COLLET, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.5, p.120-132, dez. 1999.

POPIM, R. C; BOEMER, M. R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schutz. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.677-685, set./out. 2005.

RABELO, M. Z. S. et al. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.20, n.3, p. 333-337, 2007.

REICHERT, A. P. S; LINS, R. N. P; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Rev. Eletrônica de enfermagem**, v. 9, n. 1, p.200-213, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 15 maio 2008.

ROLIM, K. M. C; PAGLIUCA, L. M. F; CARDOSO, M. V. L. M. L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.30, p.432-440, maio/jun. 2005.

SANDERS, P. Phenomenology: A new way of viewing organizational research. *Academy of Management Review*, v. 7, n.3, p. 353-360, 1982 apud COLTRO, A. A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v.1, n.11, p.37-45, jan./mar. 2000.

SANTOS, M. D. et al. Enfermagem humanística articulada ao modelo teórico de Alfred Schutz. **Enfermária integral**. Havana, Cuba, v.3, p. 24-27, sept. 2005.

SCHUTZ, A. Bases da Fenomenologia. In: WAGNER, H. (Org). **Fenomenologia e relações sociais**: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. **Collected Papers II**: studies in social Theory. Holanda: Martinus Nijhoff/ The Hague, 1976.

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

SILVA, J. M. O; LOPES, R. L. M. Fenomenologia. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, DF. v.61, n.2, p.254-257, mar./abr. 2008.

SILVA, R.N.M. **Curso de Cuidados voltados para o desenvolvimento do pré-termo**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2002.

SIMÕES, S. M. F; SOUZA, I. E. O. Um caminhar na aproximação de entrevista fenomenológica. **Rev.Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.3, jul. 1997.

SOUZA; M. H. N. **A mulher que amamenta e suas relações sociais**: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio. 2006. 175f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

TAMEZ, R.N; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI Neonatal**: assistência ao Recém-nascido de alto Risco. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TAVARES, F. R. G. Schutz e Simmel: sobre os dilemas da condição social do “estrangeiro”. **Rev.Comum**, Rio de Janeiro, v.6, n. 17, p. 78-90, jul./dez. 2001.

TERRA, M. G. et al. Na trilha da fenomenologia: caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 672-678, out./dez. 2006.

TETTAMANTI, A. **Mãe e filho**: segredos de uma relação. São Paulo: Academia, 2008.

VALANSI, L; MORSCH, D. S. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. **Psicologia Ciência e Profissão**, São Paulo, v.24, n.2, p. 112-119, 2004.

VASCONCELOS, M. G. et al. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v.6, n.1, p.47-57, jan./mar. 2006.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 2. ed. Vozes, Petrópolis, 2006.

WERNET, M; ÂNGELO, M. A enfermagem diante das mães na Unidade de terapia Intensiva Neonatal. **R. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 229-235, abr./jun. 2007.

WINNICOTT D, W. **Natureza Humana**.Rio de Janeiro: Imago, 1990.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados: roteiro de entrevista

- **Por favor, diga a sigla do seu nome**
- **Há quanto tempo você trabalha em UTIN?**
- **Como você vê/percebe a relação entre mãe e recém-nascido no ambiente da UTIN?**
- **No seu cotidiano profissional na UTIN, o que você faz para favorecer a relação entre mãe e recém-nascido?**
- **O que você espera com isso?**
- **Algo mais?**

APÊNDICE B - Cronograma de atividades

| Atividade \ Período | 1º sem 2008 | 2º sem 2008 | 1º sem 2009 | 2ºsem 2009 |
|--|----------------|----------------|----------------|---------------|
| Levantamento bibliográfico | X | X | X | X |
| Elaboração do Projeto | X | X | | |
| Apresentação do projeto ao Comitê de Ética | | X | | |
| Defesa do Projeto | | X | | |
| Realização das entrevistas | | X | X | |
| Análise compreensiva | | | X | X |
| Discussão dos achados | | | X | X |
| Qualificação da Dissertação | | | | X |
| Defesa da Dissertação | | | | X |

APÊNDICE C – Termo de Consentimento



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa, que esta sendo desenvolvida no curso de pós-graduação – Mestrado, por mim Fernanda Rocha Gorgulho. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Título do Projeto : Tão perto, tão longe: a vivência do enfermeiro na construção da relação mãe/recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Proponho-me com essa pesquisa compreender a vivencia do enfermeiro no processo de construção da relação mãe/recém-nascido no ambiente da UTIN. Para tanto realizarei esta entrevista, que será gravada, na qual não existem nenhum tipo de risco, danos ou qualquer gasto para o entrevistado. A qualquer momento você poderá pedir esclarecimento a pesquisadora Fernanda Rocha Gorgulho no endereço: Bvd. 28 de Setembro, 157 – 7º andar, Vila Isabel e pelo telefone 9634-2525. Poderá também interromper sua participação, estando certa de que nada afetará no seu trabalho, caso deseje retirar-se da pesquisa. O sigilo das informações colhidas e seu anonimato é completamente assegurado.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo. Desde já fico grata pela colaboração.

Ressalto que os dados oriundos desta pesquisa serão oportunamente publicados em periódicos da área e apresentados em eventos científicos.

Assinatura do pesquisador _____

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado: **Tão perto, tão longe: a vivência do enfermeiro na construção da relação mãe/recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Fernanda Rocha Gorgulho sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos.

Local e data _____

Assinatura do sujeito: _____

APÊNDICE D - Carta ao Comitê de Ética



AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem

Rio de Janeiro, outubro de 2008.

Da Enf^ª: Fernanda Rocha Gorgulho

Para Comitê de Ética Hospital Geral de Bonsucesso

Venho por meio desta, solicitar a autorização no Comitê de Ética do Hospital Geral de Bonsucesso para a realização da pesquisa intitulada: **Tão perto, tão longe: a vivência do enfermeiro na construção da relação mãe/recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal** sob minha responsabilidade; da Enf^ª: Fernanda Rocha Gorgulho.

Este projeto possui como **objeto** de estudo: a vivência do enfermeiro na construção da relação mãe/recém-nascido na UTIN. E como **objetivo** pretende-se: compreender o significado da relação mãe/recém-nascido para o enfermeiro. Visando a melhoria da assistência aos recém-nascidos e suas famílias no ambiente da UTIN. Os sujeitos serão os enfermeiros deste setor e o estudo será de natureza qualitativa com uma abordagem fenomenológica.

O desenvolvimento do mesmo será de minha responsabilidade; mestranda Fernanda Rocha Gorgulho, matriculada no Programa de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ (FACENF/UERJ mat: M0814932), sob orientação da Prof^ª Dr^a . Benedita M^a R. D. Rodrigues.

O projeto de pesquisa será cadastrado no Departamento de Pesquisa da UERJ e assim que obtivermos a autorização para a coleta de dados iniciaremos a nossa atividade no campo.

Certas de contar com sua colaboração agradecemos a atenção e o apoio a esta solicitação institucional e colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos,

Cordialmente,

Prof. Dra. Benedita M^a R. D. Rodrigues

Enf^ª: Fernanda Rocha Gorgulho

APÊNDICE E: Carta à diretora da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Prezada Dr^a. Flávia Oliveira

Gostaríamos de pedir autorização para realização de uma pesquisa intitulada **Tão perto, tão longe: a vivência do enfermeiro na construção da relação mãe/recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal** Consiste em um projeto de pesquisa vinculada ao programa de mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ, da mestranda Fernanda Rocha Gorgulho, orientado pela Prof. Dra. Benedita M^a R. D. Rodrigues. Tem-se como objeto **a vivência do enfermeiro na construção da relação mãe/recém-nascido na UTIN**. E como objetivo pretende-se: **Compreender o significado da relação mãe/recém-nascido para o enfermeiro**. Sendo os enfermeiros os sujeitos deste estudo.

Espera-se que o estudo proposto possa contribuir para enriquecer esta temática e despertar nos enfermeiros neonatologistas um olhar que compreenda não só os aspectos biológicos, mas também os psicossociais e torne, assim, a assistência ao recém nascido mais plena e que estes consigam incorporar as mães nas rotinas e aproximá-las de seus bebês, garantindo um desenvolvimento muito mais saudável e afetuoso para esta família. E como neste estudo procura-se a experiência e vivência dos enfermeiros espera-se que outros enfermeiros ao lerem se identifiquem e repensem suas práticas.

Agradecemos a sua colaboração e estaremos sempre a disposição para esclarecimentos quanto ao andamento da pesquisa na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro localizado em Boulevard, 28 de setembro 157 – Vila Isabel. Tel: (21) 2587-6336.

Assinado este documento, autorizo a realização da pesquisa nesta Unidade.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2008.

Dr^a. Flávia Oliveira
(chefia UTIN – HGB)

Enf^a: Fernanda Rocha Gorgulho
(mestranda – UERJ)

ANEXO A- Folha de rosto do CONEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

| FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS | | | | FR - 222699 | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| Projeto de Pesquisa Tão perto, tão longe: a vivência do enfermeiro na construção da relação mãe/recem-nascido na UTIN | | | | | |
| Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum | | | | Grupo Grupo III | Nível Não se aplica |
| Área(s) Temática(s) Especial(s) | | | | Fase Não se Aplica | |
| Unitermos UTIN, fenomenologia, recém-nascidos, mães, interação | | | | | |
| Sujeitos na Pesquisa | | | | | |
| Nº de Sujeitos no Centro 25 | Total Brasil 25 | Nº de Sujeitos Total 25 | Grupos Especiais | | |
| Placebo NAO | Medicamentos HIV / AIDS NÃO | Wash-out NÃO | Sem Tratamento Específico NÃO | Banco de Materiais Biológicos NÃO | |
| Pesquisador Responsável | | | | | |
| Pesquisador Responsável FERNANDA ROCHA GORGULHO | | | CPF 094.387.487-41 | Identidade 5609119 MB | |
| Área de Especialização NEONATOLOGIA | | | Maior Titulação ENFERMEIRA | Nacionalidade BRASILEIRA | |
| Endereço AV MARACANÃ Nº: 577 APTO: 201 | | | Bairro MARACAN | Cidade RIO DE JANEIRO - RJ | |
| Código Postal 20511-000 | Telefone / 38728659 | | Fax | Email fegorg01@yahoo.com.br | |
| Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. _____ Data: ____/____/____ Assinatura | | | | | |
| Instituição Onde Será Realizado | | | | | |
| Nome Hospital Geral de Bonsucesso - RJ | | CNPJ 00.394.544/0202-91 | | Nacional/Internacional Nacional | |
| Unidade/Órgão UTI Neonatal | | Participação Estrangeira NÃO | | Projeto Multicêntrico NÃO | |
| Endereço Avenida Londres, 816 | | Bairro Bonsucesso | | Cidade Rio de Janeiro - RJ | |
| Código Postal 21041-030 | Telefone 21 3977-9841 | | Fax 21 25612852 | Email brunarosalinda@gmail.com | |
| Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: _____ Data: ____/____/____ Assinatura | | | | | |
| Vinculada | | | | | |
| Nome Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ | | CNPJ .../- | | Nacional/Internacional Nacional | |
| Unidade/Órgão Faculdade de Enfermagem | | Participação Estrangeira NÃO | | Projeto Multicêntrico NÃO | |
| Endereço Rua São Francisco Xavier 524 | | Bairro Maracanã | | Cidade Rio de Janeiro - RJ | |
| Código Postal 20559900 | Telefone | | Fax | Email | |
| Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Nome: _____ Data: ____/____/____ Assinatura | | | | | |

ANEXO B – Folha de aprovação do Comitê de Ética



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso
PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HGB 42/08.

| | |
|--|--|
| <p>Coordenadora: Sonia Paredes de Oliveira (Médica).</p> <p>Vice Coordenador: Antonio Abílio P. Santa Rosa (Médico).</p> <p>Secretária Executiva: Cristina Carvalho V. de Araújo (Enfermeira)</p> <p>Membros Carlos Roberto Cabral (Representante dos Usuários) Giuseppe Santa Lucia (Médico) Gustavo Antonio S. Nogueira (Assistente Social). José Maria Gonçalves Neto (Fisioterapeuta) Lia Cristina Galvão dos Santos (Enfermeira) Márcia Natal Batista Abreu (Psicóloga) Virgínia Ribeiro Lima e Andrade (Enfermeira)</p> <p>Projeto: "TÃO PERTO TÃO LONGE: vivência do enfermeiro na construção da relação mãe/recém-nascido na UTIN".</p> <p>Pesquisadores responsáveis: Fernanda Rocha Gorgulho Benedita Maria Rêgo Desusdará Rodrigues</p> | <p style="text-align: right;">Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2008.</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso, após avaliação, considerou o projeto (CEP-HGB 42/08), aprovado com solicitação, encontrando-se dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução nº 196 de outubro de 1996, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.</p> <p>Solicitamos informar o local onde serão realizadas as entrevistas.</p> <p>Enfatizamos a necessidade de que, no mês de maio de 2009, seja encaminhado a este CEP um relatório com os dados parciais da pesquisa.</p> <p>Solicitamos que ao término da mesma seja encaminhada a esta Comissão, uma cópia eletrônica (CD-R) do Relatório Final da Pesquisa.</p> <p style="text-align: center;">  Prof. MSc. Sonia Paredes de Oliveira Coordenadora do CEP-HGB <i>s. Sonia Paredes de Oliveira</i> COORDENADORA DO CEP-HGB </p> |
|--|--|

Hospital Geral de Bonsucesso
Av. Londres, 616 – Bonsucesso - Rio de Janeiro – RJ
CEP 21041-030