

**EMERSANIA DOS SANTOS COSTA NERES**

**PERCEPÇÕES DE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM FRENTE A  
HOSPITALIZAÇÃO DE FILHO PREMATURO EM UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA NEONATAL**

Goiânia

2022/2

**EMERSANIA DOS SANTOS COSTA NERES**

**PERCEPÇÕES DE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM FRENTE A  
HOSPITALIZAÇÃO DE FILHO PREMATURO EM UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Eixo temático ENF 1113 - Trabalho de Conclusão de Curso III, do curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências Sociais da Saúde como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Eliane Liégio Matão

Dedico aos meus filhos Isabelly e Arthur Gabriel, que são minha inspiração e motivação para a escolha da enfermagem, em especial, a minha mãe, Lourdes, que sempre me apoiou, meu esposo Marcondes, todas as mães de UTIN e aos pequenos guerreiros.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por nunca desistir de mim e me encaminhar para os melhores caminhos ao longo dessa jornada, me proporcionando sabedoria, força para chegar até aqui. As dificuldades foram e são inúmeras e tenho conseguido superá-las.

Agradeço a toda minha família que acompanhou de perto todos os momentos desta trajetória.

Meus agradecimentos a minha mãe Lourdes, meu espelho, a minha incansável companheira, que nunca me deixou abaixar a cabeça diante das adversidades da vida e sempre me apoiou. A senhora é uma guerreira, criou a mim e meu irmão sozinha, com muita garra, coragem, perseverança, honestidade e respeito acima de tudo. Gratidão. Obrigada por ser esse exemplo de mulher e por todos os sacrifícios dedicados a mim durante essa caminhada.

Agradeço aos meus filhos Isabelly e Arthur Gabryel por serem minha motivação e inspiração. Eles me fizeram enxergar em meio as dificuldades, que sempre podemos fazer algo a mais e o melhor para próximo.

Agradeço à todas e todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação acadêmica. O meu muito obrigado a todos vocês.

Gratidão eterna, Deus abençoe todos vocês.

“Não sabemos tudo, não abarcamos toda a teoria, não esgotamos o assunto, não lemos todos os autores, não examinamos todos os pontos, não escrevemos tão bem como gostaríamos. Mas uma coisa é certa: boa vontade não nos falta”. (MEIRA, 2007).

## Resumo

**Introdução:** Ao longo da gravidez, as mulheres desenvolvem um elo com seus bebês. No entanto, quando ocorre o parto prematuro, esse vínculo entre o contato mãe e recém-nascido torna-se extremamente delicado, e muitos contratempos tomam conta da relação da puérpera com o mundo exterior. A internação do filho na unidade de terapia intensiva neonatal expõe os pais a vivências de dor, angústias, incertezas, pois o nascimento prematuro, especialmente o extremo, coloca aos pais o temor da morte e de doenças. **Objetivo:** Descrever a vivência de acadêmica do curso de enfermagem frente a hospitalização do filho prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Aspectos Metodológicos:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Foi desenvolvido a partir de lembranças da realidade vivida nos períodos iniciais da minha maternidade. Para tanto, além da revisitação de fatos e diálogos com a equipe de profissionais envolvidos e outras mães que compartilhavam da mesma condição. Para sistematização dos dados, foi utilizado como facilitador um roteiro, contendo frases iniciadas, organizadas de modo cronológico. Feita análise descritiva e comparativa com a literatura especializada. **Resultados:** A experiência do parto prematuro e a internação imediata do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal mobilizou diversos sentimentos negativos, como tristeza, medo, angústia e insegurança, mas sempre com predomínio da esperança. Ações de acolhimento pouco foram realizadas. No contexto do cuidado, a humanização da assistência tem a mesma equivalência da competência técnica dos profissionais. A infraestrutura da unidade, na ocasião, não era adequada, visto que não dispunha de leito suficiente para todas as mães. Indicada a não permissão da permanência materna durante todo período como gerador de desconforto, além de dificultar a construção do vínculo entre mãe e filho e com a equipe. **Considerações finais:** É indispensável que as instituições de saúde atendam a legislação vigente de proteção da criança. Em caso de hospitalização, é direito que os pais acompanhem seus filhos durante todo o período de internação.

**Palavras-Chave:** Gravidez, Prematuro, UTIN e Enfermagem.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACCR	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
COFEN	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
EBP	EXTREMO BAIXO PESO EBP
ECA	ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE
EP	EXTREMAMENTE PREMATURO
IG	IDADE GESTACIONAL
IG	IDADE GESTACIONAL
LA	LÍQUIDO AMNIÓTICO
MP	MUITO PREMATURO
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
ODM	OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO
OMS	ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
RC	REDE CEGONHA
RN	RECÉM-NASCIDO
RNPT	RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO
RPM	RUPTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS
RPMP	RUPTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS PRÉ-TERMO
TP	TRABALHO DE PARTO
UCIN	UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
UTIN	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

## SUMÁRIO

RESUMO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

INTRODUÇÃO.....	3
1. REVISAO DE LITERATURA .....	5
2. OBJETIVO GERAL.....	16
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	17
4. RESULTADOS .....	18
5. DISCUSSAO.....	22
6. CONSDERAÇÕES FINAIS.....	23

REFERÊNCIAS

APÊNDICE

## INTRODUÇÃO

Ao longo da gravidez, as mulheres desenvolvem um elo com seus bebês. No entanto, quando ocorre o parto prematuro, esse vínculo entre o contato mãe e recém-nascido (RN) torna-se extremamente delicado, e diversos contratempos tomam conta da relação.

O nascimento de um filho constitui-se como um momento crucial no ciclo de vida de muitas famílias. Quando essa experiência é atravessada pelo contexto da prematuridade e há necessidade de internação em UTIN, muitas mães deparam-se com um conjunto de novos desafios e o comprometimento de algumas expectativas quanto ao processo de tornar-se mãe.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é caracterizada por ser uma unidade de cuidado especializado e do bem-estar do neonato em todos os seus aspectos. É um ambiente irritante, para aqueles que não estão habituados ao seu cotidiano.

Foi por ter vivenciado a experiência de ter meu filho internado em uma UTIN que me despertou a vontade de desenvolver este trabalho. No período em que permaneci naquele ambiente, foi notório a importância da acolhida e humanização das ações por parte de todos os integrantes da equipe multiprofissional, junto a cada família que adentrava ao ambiente. Dito de modo diferente, essa humanização deve sair do papel e ser colocada em prática.

Estamos falando do momento mais nobre da nossa existência, que é o cuidado com a continuidade da nossa espécie, a espécie humana. Nada mais sensível, delicado e importante do que a constituição de um novo ser. Nada mais desafiante do que ajudar a cuidar desse momento, de forma atenta, segura, conhecendo cada particularidade; respeitando a sua integralidade e sabendo prevenir, antecipar e atuar quando necessário.

Nesse cenário, o sofrimento das mães vai além das questões relacionadas a patologia do bebê. Todo o entorno do problema interfere, seja na promoção de alívio ou intensificação da dor vivenciada. É necessário investir em estrutura física e na organização de logística adequada para sua permanência na unidade em tempo integral ou durante as visitas. Igualmente importante, é o investimento na capacitação e sensibilização dos profissionais que atuam em UTIN, não só para a execução de técnicas aplicadas no tratamento, mas na assistência amparada por cuidados

humanizados, de modo a oferecer um ambiente tranquilo e acolhedor, apesar da realidade enfrentada, bem como integrar o bebê e sua família.

Como acadêmica e futura enfermeira, percebi que vários profissionais estavam despreparados e com dificuldades em executar procedimentos considerados simples para aquele ambiente. Percebi também que muitos atuam de modo automatizados, no estrito cumprimento das tarefas rotineiras ou emergenciais, sem nenhuma empatia.

Então, a vivência de dias tão difíceis, sob todos os aspectos, potencializados por falta de acolhimento e humanização até no olhar de meus interlocutores, dia a dia, de modo crescente, passou a me mobilizar a pensar em alternativas para, de algum modo, interferir nesse cotidiano inverso daquele aprendizado acadêmico. Portanto, a proposta do presente estudo é uma primeira possibilidade vislumbrada para registrar, de modo sistematizado. Assim, a pergunta de pesquisa que norteou esta vivência é: Qual a vivência de acadêmica do curso de enfermagem frente à hospitalização do filho prematuro em UTIN?

## 1. REVISÃO DE LITERATURA

A gestação é um fenômeno biológico, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de gestantes de alto risco. Esta visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros. Essa diferença estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos sem problemas ou com poucos riscos de sofrerem danos, até o máximo necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrerem agravos à saúde (BRASIL, 2012).

A gestação é um acontecimento único e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas gestantes de alto risco. Gestação de Alto Risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido (RN) têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada (BRASIL, 2012).

A melhoria da saúde das gestantes foi elencada como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano 2000, com o apoio de 191 nações. A agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, constituída por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), para serem alcançados até 2030. Neste sentido, reconfigurando o quadro de preocupações mundiais, a saúde materna consta no objetivo número três dos ODS, denominado saúde e bem-estar, e é composta por nove metas a serem atingidas até 2030, sendo que a primeira delas é a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. Dos 17 ODS, tem interesse para o presente estudo o terceiro: Saúde e bem-estar: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso país. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao RN (BRASIL, 2012).

A assistência pré-natal adequada componente pré-natal, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar sistema de regulação vaga sempre para gestantes e bebês, regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade, além da qualificação da assistência ao parto componente de parto e nascimento ,humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, boas práticas, acolhimento com classificação de risco (ACCR), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos (grau de recomendação A). Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos (grau de recomendação A). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (grau de recomendação D). Não existe alta do pré-natal (BRASI, 2012).

Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, a qualidade desta atenção ainda não é satisfatória, sendo necessário que o Governo Federal, por meio do MS, assim como os estados e municípios, desenvolvam estratégias que possibilitem a organização dos sistemas de atenção com o estabelecimento de compromisso e responsabilização pelo cuidado em todos os níveis da atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2012).

Em muitos lugares a mulher ainda peregrina por vários serviços para encontrar uma vaga no momento do parto. Por outro lado, o modelo de atenção nos serviços não utiliza toda a tecnologia apropriada e recomendada para a assistência segura e

humanizada ao parto e nascimento. É necessário ainda garantir a continuidade do cuidado assegurando o seguimento da mulher e da criança no pós-parto, assim como no acompanhamento do desenvolvimento da criança para que ela alcance todo seu potencial intelectual, cognitivo e motor, em especial nos seus primeiros vinte e quatro meses de vida (BRASIL, 2012).

Nesse contexto de necessidades vivenciadas pela população brasileira, foi lançada no Brasil em 2011 a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde, articulada e pactuada na Comissão Inter gestores Tripartite que visa ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde por intermédio de redes de cuidados visando assegurar aos homens, mulheres e adolescentes o direito à saúde sexual e reprodutiva nos vários ciclos de vida, bem como a atenção humanizada à gravidez, parto, aborto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento sem violência, seguro e humanizado e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha (RC) concretiza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos de 1990, com base no pioneirismo e na experiência de trabalhadores da saúde, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, mulheres ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. Esta estratégia avança no sentido de garantir o acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, incorporação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, o direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério e garantia de seguimento da puérpera e da criança até o segundo ano de vida, propiciando a vivência destas experiências com segurança, dignidade e o respeito pelos serviços de saúde às dimensões social, afetiva e sexual do parto e nascimento e às singularidades culturais, étnicas e raciais (BRASIL, 2012).

Conforme a OMS, o nascimento de um bebê com menos de 37 semanas de idade gestacional (IG) ou menos de 259 dias de gestação, e peso menor que 2.500 gramas, é considerado prematuro ou pré-termo para a sobrevivência no meio extrauterino. Existem duas classificações de grande importância que devem ser empregadas aos RN para apontar as condições físicas também relacionadas à maturação do sistema nervoso. A primeira está associada à IG, em que os bebês são classificados como extremamente prematuro (EP), com menos de 28 semanas gestacionais; muito prematuro (MP), que engloba os nascidos entre 28 e 32 semanas

gestacionais e os prematuros moderados, que nasceram entre 32 e 37 semanas OMS (2018).

A nota técnica divulgada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SPB, 2019), o método mais indicado para estimativa da idade gestacional é a realização de ultrassonografia precoce, ou seja, antes da gestação completar 14 semanas. Na segunda classificação, é considerado o peso dos bebês, sendo que aqueles com menos de 1000g são considerados de extremo baixo peso (EBP), os com menos de 1500g muito baixo peso (MBP) e os nascidos com menos de 2500g, baixo peso (BP).

Segundo o MS a ruptura prematura das membranas (RPM) amnióticas é definida como a perda de líquido amniótico (LA) antes do início do trabalho de parto (TP), independentemente da idade gestacional (IG). Quando ocorre antes da 37ª semana de gestação, é denominada ruptura prematura das membranas pré-termo (RPMPT), (BRASIL, 2012). A ruptura prematura das membranas é um fenômeno multifatorial.

Os principais fatores de risco descritos na literatura são: baixo nível socioeconômico, baixo peso materno, antecedente de parto prematuro, consumo de cigarros, infecções cérvico vaginal e vaginose, polidrâmnios, gravidez gemelar, malformações e tumores uterinos, gravidez com dispositivo intrauterino (RIVIERA *et al.*, 2004).

O Brasil está em 10º lugar no mundo em nascimentos prematuros sendo que no ano de 2014, a estimativa de nascimentos prematuros no país chegou a 11,2% (CHAWANPAIBOON *et al.*, 2018; WHO, 2018). A cada ano cerca de 15 milhões de bebês que nascem no mundo são prematuros, o que equivale a um a cada dez nascimentos. Preocupa o fato de que, aproximadamente, 1 milhão de crianças morrem a cada ano por complicações da prematuridade (WHO, 2018).

Contudo, nas últimas décadas, a implantação de estratégias de organização do sistema de saúde, novos conhecimentos, tecnologias e práticas vêm possibilitando que muitos sobrevivam, inclusive os prematuros extremos com longo tempo de internação (BRUMBAUGH *et al.*, 2019). Embora a evolução das UTIN seja determinante para a sobrevivência dos bebês, não necessariamente reduz a prevalência de morbidades (BRASIL, 2011) podendo haver sequelas físicas, neurológicas ou cognitivas ao longo da vida (WHO, 2018).

Os bebês prematuros quando nascem podem apresentar inúmeros problemas clínicos como: hemorragia cerebral, hipoglicemia, icterícia, anemia e síndrome de

dificuldade respiratória neonatal. Também podem apresentar deficiência no controle da temperatura corporal, pele mais frágil, dificuldades de sucção e de deglutição, diminuição na atividade muscular reflexa e da força óssea. Já os bebês prematuros nascidos com menor peso e idade gestacional podem apresentar, ainda, um quadro clínico marcado pela imaturidade física, além de perturbações no sono e na vigília (BRASIL, 2011).

A prematuridade, enquanto fator de risco biológico pode ser acompanhado de outras condições de vulnerabilidade ambientais que contribuem para acentuar as condições de risco. Por ocasião do nascimento prematuro, quando há risco à sobrevivência do bebê, há a necessidade de internação em Unidade Intensiva de Tratamento Neonatal. A internação mostra-se como uma variável adversa que pode trazer complicações na adaptação entre a díade, pois, há uma interrupção não programada entre o nascimento e a interação diária e imediata entre mãe e bebê (SCHIAVO *et al.*, 2020).

Segundo o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) a criança e adolescente possuem: direito à liberdade, ao respeito à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis (Art. 15 do ECA). No Brasil, corroborando estes direitos, a Sociedade Brasileira de Pediatria elaborou os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, transformando-a na Resolução de número 41 de 17 de outubro de 1995, no intuito de proteger a criança e adolescente hospitalizado. Esta Resolução indica 20 itens, entre eles o de ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas; e não ser separado de sua mãe ao nascer. Todos esses direitos apreendidos nos documentos a Carta da Criança Hospitalizada e a Resolução 41/95 são importantes para as boas práticas do cuidado da criança hospitalizada, porém destacamos que frequentemente estes direitos são violados, ou pouco respeitados pelos profissionais de saúde e/ou instituições de saúde. (BRASIL, 1990).

A UTIN, é um ambiente complexo, com aparato de equipamentos e matérias, destinados a manutenção do cuidado a pacientes em estado grave, atendem pacientes de diversas faixas etárias, destinadas a atender bebês prematuro, com baixo peso ao nascer ou mesmo que nasceram com algum problema de saúde (SANTOS, 2021).

A permanência do RN na UTIN expõe os pais a vivências de dor, angústias, incertezas, pois o nascimento prematuro, especialmente o extremo, coloca aos pais o temor da morte e de doenças. Enquanto o desejo de ter um filho atravessa a ilusão de imortalidade e completude, a prematuridade entra em conflito com os limites próprios à condição humana, em que a morte se mostra um estranho temível que é familiar (BATTIKHA, 2021).

Os pais passam por muitas perdas traumáticas ao vivenciar o nascimento prematuro, tais como a distância entre eles e o bebê logo após o nascimento, não realizar a primeira troca de fraldas, não dar o primeiro banho. Devido a isso, precisarão trabalhar com os excessos psíquicos e investir em novas possibilidades de simbolização desse filho. Assim, se faz necessária a atuação de uma rede de sustentação que se cria entre os pais da UTIN, que compartilham suas angústias, frustrações, bem como as experiências com seu bebê. Os pais recebem diversas informações sobre a saúde do bebê, são apresentados a novas nomenclaturas, aparelhos, prováveis sequelas. Se deparam com diferentes intercorrências, uma intubação, uma perda de peso, uma queda de saturação que seu bebê tem de superar seguida de outras. O olhar dirigido ao bebê passa a considerar primordialmente os funcionamentos do seu aparato orgânico, como batimentos cardíacos, saturação de oxigênio, procedimentos, intervenções, e ganho de peso, pois é esse corpo que precisa funcionar para permanecer vivo (BATTIKHA, 2021).

O olhar dos pais, o acariciar, o tocar, o embalar, o tom de voz, para esse bebê, endereça o olhar não funcional no real do corpo, para aquele que elabora uma narrativa para seu filho. Assim, a história dessas crianças se constrói, e muitos podem ter desdobramentos a partir do lugar subjetivo ocupado pelos pais, e da atuação dos profissionais incluídos no atendimento na UTIN (BATTIKHA, 2021).

Quando se torna mãe de um RNPT perde-se a identidade, ela não tem nome, se sente em segundo plano, cria expectativas. comprometimento de sua saúde mental e até mesmo o desenvolvimento de patologias. Toda a angústia excessiva produzida, sem nomeação, não contribui para o trabalho psíquico, por isso necessitam ser faladas, significadas, associadas psiquicamente, formando assim uma rede simbólica sobre as representações desarticuladas (BATTIKHA, 2021).

O processo de cuidar dentro das UTIN, são complexos e sistemáticos, os cuidados prestados no ambiente de terapia intensiva neonatal, trata-se de um local onde a atenção deve ser redobrada. Uma vez, que os pacientes ali internados, são

seres extremamente frágeis, pequenos e delicados, exigindo assim, maior atenção e dedicação. Uma vez que se trata de pacientes que não são capazes de expressar o que sentem, nesse enfoque necessitam que a equipe esteja atenta, visando identificar suas necessidades com base na observação (SILVA, 2019).

Nesse ambiente são diversos procedimentos feitos pela equipe multiprofissionais voltados para a uma melhor evolução do quadro clínico dos pacientes admitidos (LOHMANN *et al.*, 2017). Envolve desde a lavagem correta das mãos, ou como afirma Brasil (2017), procedimentos que entram em contato direto com o recém-nascido como a higiene, porém deve ser realizado poucas vezes e com o mínimo de cuidados para que a limpeza excessiva venha prejudicar a proteção natural da pele.

Com o passar dos anos e com a rotina vivenciada no ambiente UTIN, as equipes que atuam nesse ambiente tendem a conviver com diversos estressores. Nesse contexto, é importante analisar como o trabalho dentro das UTIN são organizados, e se isso influencia na qualidade da assistência prestada. Por se tratar de um ambiente complexo, repleto de equipamentos e instrumentos, a atuação do profissional deve ser o mais humanizado possível tornando-o mais acolhedor, uma vez que além de lidar com seres extremamente pequenos e delicados, tem que lidar também com a angústia dos pais e/ou familiares envolvidos (WISNIEWSKI, 2020).

Humanização em UTIN, torna-se o pilar de maior importância no contexto do cuidado, visando acolher e promover conforto. Considerando que, ter alguém internado numa UTIN, traz consigo muitas angústias inseguranças, nesse contexto, é de suma importância o acolhimento da família, sendo imprescindível durante todo processo, estes são responsáveis junto a equipe multiprofissional, pelo bom andamento da assistência prestada (SOARES *et al.*, 2019).

No caso da humanização, o termo humanizar significa tornar humano dar condição humana e, ainda mais, significa torna-se benévolo, afável, tratável (FERREIRA, 2004). As políticas do MS objetivaram propor rotinas e condutas operacionais de saúde e pacientes que auxiliam no enfrentamento dos agravos (BRASI, 2010).

Para Brasil (2004), humanizar é oferecer atendimento de qualidade relacionando com os avanços tecnológicos junto ao acolhimento, com uma melhoria na qualidade de serviço do ambiente e das condições de trabalho as quais os profissionais estão inseridos.

Com o intuito de modificar a postura dos profissionais no Brasil quanto ao processo de humanização ao RN, foi aprovada a Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, com as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Diante da necessidade de mais informações, esta portaria foi atualizada por meio da Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, que cita com mais especificidade a população participante e recursos necessários. Isso é 22 uma forma de apoio e capacitação aos profissionais de saúde na implantação do MMC (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, os estudos de Mantelli *et al.*, (2017), analisaram a eficácia do Método Canguru, trata-se de uma estratégia humanizada, baseada nos princípios da atenção básica e da assistência ao RN, e tem como finalidade reduzir o tempo de distância entre a mãe e a criança. Os pais são orientados a ter o contato pele com pele diretamente com o bebê precocemente e a fazer a posição do canguru, os benefícios são inúmeros, dentre eles a construção de um bom relacionamento entre a tríade familiar e a equipe de saúde, aumenta as possibilidades da realização do aleitamento materno, e redução de índices de uma segunda internação consecutiva. Durante sua ação é estimulado a presença dos pais na unidade neonatal e a família participa ativamente dos cuidados recebidos ao recém-nascido, porém com alguns cuidados individualizados, respeitando o sono e o comportamento do RN.

Nesse aspecto Leite *et al.*, (2020), incentiva a efetiva participação da mãe e do pai durante o período de internação inclui sua permanência junto ao seu filho. Isso revela um momento de amadurecimento da assistência neonatal, assumindo que o tratamento do RN envolve mais do que apenas a utilização de procedimentos e técnicas. Pretende-se, com isto, que sua história familiar e os cuidados que esta proporciona ao novo integrante da família permeiam os espaços da unidade neonatal.

A mãe é exposta a uma situação em que pode interagir com seu bebê de maneira restrita em ambiente hospitalar, além de entrar em contato com aspectos relacionados a fragilidade da saúde da criança. Destaca-se, também, o luto experienciado pela mãe nesse momento de internação do bebê, uma vez que há uma idealização do bebê até então sendo gerado, que pode não corresponder com as características do bebê recém-nascido (SCHAEFER; DANELLI, 2017).

Dessa maneira, pensar na saúde mental, a partir dos indicadores como sintomas de estresse, ansiedade e depressão e, no bem-estar das mães no momento pós-parto (GREINERT, *et al.*, 2018) é importante para o desenvolvimento do bebê e

para a promoção da saúde emocional materna. Mesmo um nascimento ocorrido no momento esperado pode gerar situações de estresse, especialmente por conta de todas as mudanças que acompanham a chegada do bebê, quando está vigente essa situação ou que isso deve ser minimizado ao máximo para que não tenha interferência na produção de leite materno (MALDONADO, 2017).

O leite materno é a principal e melhor fonte de alimento para uma criança durante a fase de desenvolvimento, pois a sua produção é adaptada de acordo com todas as necessidades nutricionais desta criança (BRASIL, 2019). Contudo, quando um recém-nascido (RN) vai para uma UTIN surgem diversos obstáculos que dificultam a oferta desse leite, sendo um deles a quebra do binômio mãe e filho (TESTON *et al.*, 2018). De acordo com os autores Morais *et al.*, (2020), outro fator determinante é o esgotamento físico e emocional da nutriz, oriundo de um internamento prolongado, resultando em uma baixa produção de leite.

De acordo com Walty e Duarte (2017), o leite materno é o alimento mais eficaz e apropriado ao RN. Dessa forma, o aleitamento é a conexão que a mãe cria com seu bebê, ou seja, é um vínculo importante na vida da criança. O leite materno é essencial para o amadurecimento do trato gastrointestinal de bebês prematuros e RN.

Nesse sentido, o nascimento prematuro não traz complicações somente durante o período de internação hospitalar, mas também no domicílio. Walty e Duarte (2017) destacam a importância de haver um tratamento continuado, tanto o tratamento hospitalar, quanto também o domiciliar deve ter continuidade de cuidados e atenção. As mães de filhos prematuros necessitam de apoio social e emocional, pois a insegurança é um item muito presente nessa fase da vida e através do apoio da equipe de saúde, as mães passam a desenvolver autonomia, promovendo a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê.

Para Balamnut (2018), quando o RN Pré-termo (RNPT) fica hospitalizado e é alimentado com sonda gástrica, pode apresentar atrasos e consequências na função de sucção, respiração e deglutição. Contudo, para receber a alta do hospital, é preciso que o RN desenvolva e recupere as condições sistêmicas, assim a sua alimentação oral e natural estará além de obter condições sistêmicas, recupere também a atividade de sucção para que a alimentação oral seja ideal.

A SNN (Estimulação da Sucção não Nutritiva) tem sido indicada a fim de acelerar a alimentação por sucção, diminuindo assim o tempo no hospital. Dessa

forma, recomendasse o estímulo da SNN com o dedo enluvado, evitando bicos artificiais, com o intuito de não interferir no AM (BALAMINUT, 2018).

De acordo com Méio *et al.*, (2019), a amamentação é imprescindível no início da vida humana e reconhece a importância do acompanhamento ao RNPT durante seu primeiro ano de vida. Nunes *et al.*, (2017), destacam a importância da aplicação do método canguru e a influência da duração da posição canguru durante o primeiro contato mãe filho pré-termo.

Segundo Méio *et al.*, (2018), o AM em RNPT além de desafiante, implica no cuidado que os profissionais envolvidos devem apresentar. As dificuldades pertinentes a amamentação de prematuros pode desencadear no desmame precoce. Isto ocorre por múltiplas variáveis, como imaturidade fisiológica, neurológica e do sistema sensorio-motor oral, baixa frequência de sucção devido à instabilidade do RNPT e tempo prolongado de internação, ocasionando início tardio da amamentação e conseqüentemente diminuição da expressão de leite. Fatores psicológicos maternos, gerados pela insegurança e ansiedade quanto à situação de estresse causada pelo nascimento prematuro também contribuem para o insucesso na amamentação (RIOS, 2009; SALUSTIANO, 2102).

Nunes *et al.*, (2017) considera o RNPT como um grupo de risco no processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem, pois o RN que precisa de cuidados especiais intensivo, pode despertar na mãe o sentimento de culpa e tristeza, por isso, foi criado o método canguru. Nesse sentido, esse método surgiu no Brasil em 1990 a fim de diminuir os resultados negativos resultantes da internação neonatal.

Dessa forma, o método canguru foi introduzida às políticas de saúde no aspecto de da humanização da assistência neonatal, que inclui a Posição Canguru. A posição canguru versa manter o RN de baixo peso, na posição vertical, em contato pele a pele com os pais ou outros familiares. Esse método é desenvolvido com equipe especializada, de forma acompanhada e segura (NUNES *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, os estudos de Mantelli *et al.*, (2017), analisaram a eficácia do Método Canguru, trata-se de uma estratégia humanizada, baseada nos princípios da atenção básica e da assistência ao RNPT, e tem como finalidade reduzir o tempo de distância entre a mãe e a criança. Os pais são orientados a ter o contato pele com pele diretamente com o bebê precocemente e a fazer a posição do canguru, os benefícios são inúmeros, dentre eles a construção de um bom relacionamento entre a tríade familiar e a equipe de saúde, aumenta as possibilidades da realização do

aleitamento materno, e redução de índices de uma segunda internação consecutiva. Durante sua ação é estimulado a presença dos pais na unidade neonatal e a família participa ativamente dos cuidados recebidos, porém com alguns cuidados individualizados, respeitando o sono e o comportamento do RN.

Segundo o Manual Técnico do MS (BRASIL, 2017), o Método Canguru possui três etapas para ser desenvolvido: Primeira etapa; inicia no pré-natal, Segunda etapa: é realizada na Unidade de Cuidados Intermediários e Terceira etapa: para iniciar nessa etapa a mãe precisa estar segura e bem orientada quanto ao cuidado em casa do recém-nascido.

O planejamento da alta hospitalar deve ser estratégico e individualizado, considerando as especificidades clínicas do bebê e as condições biopsicossociais da família. O preparo adequado dos pais durante o período de hospitalização, melhorando suas habilidades para os cuidados gerais e específicos ao bebê, além de torná-los mais confiantes para a alta hospitalar, propicia a continuidade dos cuidados no domicílio, aumenta o índice de acompanhamento ambulatorial após a alta e diminui, inclusive, a frequência de re-internações desnecessárias (BUGS *et al.*, 2018).

Há uma preocupação dos pais/família e dos profissionais da saúde com a alta de padronização das orientações oferecidas, e que tal problema poderia ser solucionado com um material para direcionar as orientações, didático instrucional escrito que podem modificar a prática de educação em saúde e auxiliar os pais/família na compreensão de informações importantes. Trata-se de uma ferramenta necessária para as orientações, e eficaz quando associado à participação familiar no cuidado do bebê hospitalizado (SANTOS *et al.*, 2019).

Outro fator importante é esclarecer para a família a respeito do posicionamento adequado no momento do sono do recém-nascido. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde têm o dever de orientar esses pais e familiares para o posicionamento de modo correto do RN, mantendo-o em decúbito lateral ou decúbito dorsal (CESAR *et al.*, 2019).

Mães que conseguiram amamentar de forma exclusiva seu filho em casa atrelam tal fato ao apoio e suporte prévio dos profissionais de saúde, oferecendo ajuda prática quando necessário, assim como incentivos no contato precoce entre mãe e filho e na participação materna no cuidado à mesma ainda no hospital promovem o apego precoce, com desdobramentos para a manutenção do aleitamento após a alta (MACHINESKI *et al.*, 2018).

## **2. OBJETIVO GERAL**

Descrever a vivência de acadêmica do curso de enfermagem frente à hospitalização do filho prematuro em UTIN.

### **3. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Foi desenvolvido a partir de lembranças da realidade vivida no que se refere a maternidade. Para tanto, além da revisitação de fatos e diálogos com a equipe de profissionais envolvidos e outras mães que compartilhavam da mesma condição. Também foram considerados relatórios médicos, resultados de exames, prescrições médicas e orientações recebidas no hospital. Para sistematização dos dados, foi utilizado como facilitador um roteiro (Apêndice A) contendo frases iniciadas, organizado de modo cronológico. Feita análise descritiva e comparativa com a literatura especializada.

Os dados reunidos foram organizados em ordem cronológica, para apresentar a sequência dos acontecimentos. Feita análise descritiva do material obtido.

Em razão do tipo de estudo, a presente proposta não foi encaminhada a nenhum Comitê de Ética em Pesquisa.

#### 4. RESULTADOS

Sou estudante do curso de enfermagem, tenho 39 anos, casada, dois filhos. Sempre quis ser mãe, e ter um casal, Deus me concedeu essa realização. Nunca imaginei que a minha vivência com a gestação fosse de alto risco e a prematuridade extrema fizesse parte da construção da minha vida como pessoa e como mãe. Fui marcada e moldada para sempre, ser mãe de dois prematuros: Yasmim a mais velha, nasceu com 36 semanas com mielomeningocele e hidrocefalia e Enzo o menino com 27 semanas e 4 dias.

Na gestação da Yasmim tudo corria muito bem sem nenhuma intercorrência. Porém, no quinto mês fiz uma ultrassonografia e descobri que minha filha tinha má formação congênita diagnosticada como mielomeningocele e hidrocefalia. Meu mundo caiu naquele momento, pois as informações passadas pelos profissionais eram assustadoras. Na verdade, nem sabiam do que estavam falando, um absurdo e despreparo. Desenganaram minha filha e pediram para interromper a gravidez. Imediatamente me neguei. Nenhum médico possui bola de cristal para prever o que vai acontecer com cada gestante falei que a ciência não estava acima de Deus. Com 31 semanas fui internada por perca de líquido.

Com 32 semanas Yasmim veio ao mundo, por parto cesariana, não segurei minha filha no colo, não pude sentir seu cheiro, momento de angústia e tristeza, ela foi direto para UTIN. Com três dias de vida fez a cirurgia para corrigir a mielomeningocele, e com dois meses e quinze dias fez a cirurgia de Derivação Ventrículo-Peritoneal (DVP) ou Implante da Válvula, implante de um sistema interno de drenagem de liquor, com o intuito de retirar excesso de liquor de estrutura chamada ventrículo cerebral para o intestino na cavidade chamada peritônio. Ficamos três meses internadas nesse período com altos e baixos, vivendo um dia após o outro. Hoje, ela está com 13 anos, linda, saudável, com suas limitações é claro, mas nada que a impeça de ser e me fazer muito feliz. Ela é minha vida, inspiração e fortaleza.

Retomando o nascimento da Yasmim as dores vivenciadas foram muito significativas. Elas me fizeram lembrar todos aqueles momentos de muita dor e sofrimento. Quando soube da minha segunda gestação, fiquei completamente tomada pelo medo de viver tudo novamente. É que já havia passado momentos de muita dor, incerteza e muito medo; passou um filme em minha cabeça! Só pedia para Deus cuidar do meu bebê.

Diferente da primeira, a minha segunda gestação não foi planejada. Por mais que eu carregasse um desejo latente em meu corpo para querer engravidar novamente, o medo a insegurança, sempre ocupava mais espaço em meu coração. Mas, diante de todos os acontecimentos vivenciados, a felicidade e alegria de estar grávida estava acima de tudo.

A gestação estava indo bem, com alguns desconfortos, mas tudo dentro da normalidade para os médicos. Tudo era normal, falava que era a idade entre outros, mas eu sabia, sentia que algo não estava certo. Os exames estavam dentro dos parâmetros normais, tudo para os médicos era normal, na verdade faltou um pré-natal mais assistido, investigado. Fui algumas vezes na emergência, pois não estava me sentindo bem, novamente estava tudo normal, era da gravidez mesmo. Voltei mais algumas vezes no serviço de emergência, mas sempre com a mesma resposta, tudo normal. Tudo que eu desejava era uma gestação tranquila e que pudesse usufruir daquele momento único em minha vida.

O que eu mais temia aconteceu, com 26 semanas, estava dormindo e minha bolsa rompeu (ROPREMA), logo imaginei que iria passar por tudo aquilo novamente. Não conseguia acreditar no que estava acontecendo, fiquei com ódio, raiva e frustração. Fiquei internada tomando medicamento para segurar e amadurecer o pulmão do meu filho. Recebi alta, mas com uma semana depois, comecei a sentir contração. Enzo nasce por parto normal com 27 semanas e 2 dias, pesando 1 quilo com 33 centímetros, apgar de 3/7 no primeiro minuto. Foi imediatamente intubado levado para UTIN.

Parecia que eu estava em um filme de terror, sentido um vazio inexplicável, sentia os meus braços estão vazios, sentimento de perda, de luto, ao vê-lo sendo arrancado de mim, sem poder tocá-lo e sentir, muita dor! Novamente não segurei meu filho, entrei em pânico no primeiro momento.

Passado o primeiro instante, fui atrás de notícias, e ver como ele estava. Meu coração estava dilacerado de gelo tão fragilizado, cheio de fios, sem poder tocar, pegar no colo, foi muito intenso passar por tudo novamente. Logo veio a médica e o psicólogo para conversar e tirar minhas dúvidas, a médica passou o quadro dele e logo foi falando que não entraria em detalhes, pois eu não conseguiria entender. Falei pra ela que queria saber de tudo e quais os procedimentos que foram feitos e quais seriam as medidas tomadas a partir de então. Ela foi curta e grossa falando que meu

filho estava em estado grave, era um bebê muito prematuro e para não ter esperança. Fiquei calada naquele momento e fui transtornada para o quarto.

No dia seguinte, fui preparada para conversar com a médica. Então ela já veio falando que o estado dele era muito grave. Pedi para ela me explicar e dar detalhes do quadro dele falei então, sou acadêmica de enfermagem, estou finalizando o curso, creio que consigo te entender e o que não conseguir, você me explica de uma forma simplificada, sem usar tantos termos técnicos. Falei também que o não entendimento de vários diagnósticos se dava pelo uso de tantas terminologias. Questionei, ainda, que outras mães não conseguiriam entender qual seria a dificuldade de usar uma fala simplificada com as mães e deixar para usar as terminologias com a equipe multiprofissional, pois eles sim, estão capacitados para o entendimento, não uma pessoa leiga e por não ser a área de conhecimento.

Percebi que o olhar mudou, a médica plantonista já chegou perguntando, você é enfermeira? Falei, quase. O tratamento foi outro, me explicou tudo nos mínimos detalhes, mostrou resultado de exames, foi tudo ótimo desde então. Lamentável, pois, todas as mães que ali estavam mereciam essa mesma atenção e explicação, independentemente de ter conhecimento na área.

chegou um dos momentos mais temido, te deixar no hospital. A ferida que se formou quando te vi na incubadora, voltou a sangrar! Ter que ir embora e deixar meu filho naquele lugar frio, solitário e sombrio foi muito difícil. A incerteza e o medo eram constantes; o toque do telefone me apavorava! Vivi momentos de luto, é algo inexplicável, um sentimento que toma conta da sua alma. É algo desumano uma mãe ter que deixar seu filho em um hospital, é surreal! Todos os hospitais tinham que ter um local que pudesse acolher as mães, até porque a maioria das mães que conheci eram do interior. Na verdade, tinha o método canguru que as mães poderiam ficar em uma enfermaria, mas tinham que já está ordenhando ou amamentando, tudo muito perfeito no papel, pois na prática era bem diferente, uma enfermaria com 04 leitos para 100 mães que ali estavam, um descaso total!

Enzo ficou na UTIN por 30 dias. Nesse período, ficou intubado, fez o desmame permanecendo no oxigênio, adquiriu sepse, anemia, transfundiu quatro vezes, entre outras complicações. Eram dias de alegria e outros de tristeza. Foi para unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN), imaginei, agora vai ser mais tranquilo, me enganei! Muitos profissionais desqualificados, tive que questionar várias situações, não são todos, tem profissionais muito bem qualificados e humanos.

Permaneceu por mais trinta dias na UCIN, para ganho de peso, transfundi novamente, pois estava com uma anemia muito forte. Uma luta constante para sair do oxigênio, era algo que me deixava extremamente preocupada. Enfim, a anemia estabilizou, conseguiu permanecer sem o oxigênio e a cafeína, recebemos alta para honra e glória do senhor! Mesmo sendo da área da saúde, seu medo e ansiedade não serão diferentes, principalmente para uma mãe.

Enfim em casa, uma alegria imensurável! Nosso príncipe tão desejado estava conosco, abraçava, beijava, chorava e agradecia a Deus por tudo que fez na vida do meu filho, e por ter me dado sabedoria e força. Foi uma jornada muito difícil, mas sempre tive a certeza de que esse momento chegaria. Gratidão meu Deus.

Hoje, ele está com nove meses. É um bebê saudável, alegre, esperto e não teve nenhum tipo de intercorrência e sequela. Confesso, me emocionei muito relatando minha vivência, pois foram dias sombrios. Agora, vivemos dias de grandes sorrisos e alegria.

## 5. DISCUSSAO

Conforme o MS, o pré-natal deve iniciar assim que a mulher descobre que está grávida. Preconiza também, em seu protocolo de atendimento da gestante, todas as ações de modo a garantir o desenvolvimento saudável gestação (BRASIL, 2012). o acolhimento e o reconhecimento das necessidades das gestantes, além de necessário, promovem o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuária (MAYOR *et al.*, 2018). A narrativa explicitada no presente estudo aponta a vivência do período gestacional muito próximo ao que a teoria recomenda, uma vez que fui em todas as consultas agendadas. Porém, isso não foi o suficiente, faltou um olhar mais cuidadoso e uma investigação mais aprofundada para todas as queixas. Dito de outro modo, seguir o protocolo sem considerar as queixas da gestante ou o reconhecimento das suas necessidades, é mecanizar o atendimento, contrário ao que a PNH recomenda, ou seja, a individualidade do cuidado (BRASIL, 2012).

O rompimento da bolsa amniótica é uma intercorrência que pode ocorrer durante a gestação, com mais possibilidade no terceiro trimestre e a existência de um ou mais fator de risco. Quanto a isso, a experiência foi que a minha bolsa rompeu espontaneamente, possivelmente em razão e já ter tido antecedente de parto prematuro (RIVIERA *et al.*, 2004). A ocorrência de outro parto prematuro foi inevitável. Em tais circunstâncias, os cuidados e ações fogem do parto humanizado no que se refere ao contato pele a pele, sugar seio materno, corte tardio do cordão, isso porque é preciso encaminhar o bebê muito rápido à UTIN (BRASIL, 2017). O vivido foi exatamente como a literatura indica, tudo célere.

O nascimento do bebê prematuro é sempre visto como momento de muita tensão e preocupação para toda a equipe envolvida. A atenção está voltada, totalmente, para o RN, no sentido de oferecer as melhores condições possíveis para a sua sobrevivência (EXEQUIEL *et al.*, 2019), o que percebi por parte de todos. A internação na UTIN, causa angústias, medos, dor, desconfortos e muita insegurança para a mãe do RNPT, mesmo que as informações sejam repassadas pelos profissionais.

A hospitalização de um filho na unidade neonatal quebra todo o simbolismo acerca do nascimento de um bebê saudável e que já pode ir para o colo dos pais e familiares. Quando o neonato nasce prematuro gera a separação física entre ele e sua mãe e começa um período difícil marcado por dor, medo, incertezas e

procedimentos. Além disso, e preciso se adaptar a rotina de uma UTIN, que é cruel e fria na percepção de uma mãe. Mas, por outro lado, é um ambiente de esperança da cura do filho (EXEQUIEL *et al.*, 2019).

A humanização da UTIN, muito teorizada, no cotidiano pouco se efetiva. Os procedimentos salvadores, na maioria das vezes, são agentes estressores ao RN e quase sempre destituídos de condutas solidárias. Para Stelmak e Freire (2019), os cuidados/condutas/protocolos pré-determinados de forma geral para os internos, sem considerar as individualidades do recém-nascido, comprometem o desenvolvimento, o bem-estar e proteção do RN. Rocha *et al.*, (2015), justifica que o uso desses protocolos sem avaliar diariamente a necessidade individual, pode estar ligado à falta de tempo, sobrecargas de trabalho e escassez de recursos humanos, de forma a limitar e interferir no processo humanizado da assistência ao RN e família.

Portanto, o profissional deve estar atento às particularidades daquele indivíduo, suas necessidades e personalidade, considerando que o cuidado não deve ser apenas um conceito, mas uma prática que envolva singularidade e valor humano, realizando assistência efetiva ao RN internado na UTIN (NODA *et al.*, 2018). Outro aspecto a ser considerados pelos integrantes da equipe de assistência é a presença da mãe da criança, que precisa ser percebida e respeitada. Cherubim *et al.*, (2018), relata que a presença da mãe no setor intensivo proporciona um ambiente mais acolhedor ao RN. Corrêa *et al.*, (2015), acrescenta que, quando o manejo é executado pela mãe, o vínculo é potencializado. Essa relação acarreta, por um lado sensação de segurança para o profissional de enfermagem em permitir o manejo do RN por parte de terceiros. Esses foram momentos importantes e positivos experimentados na UTIN.

A perspectiva de atenção em UCIN deve ter por base a Atenção Humanizada ao RN, com abordagem voltada para o acolhimento à família, a promoção do vínculo do aleitamento materno e do acompanhamento ambulatorial após a alta, configurando-se, assim, como estratégia de qualificação do cuidado neonatal (BRASIL, 2017). Entretanto, a construção do vínculo pode ser prejudicada devido à falta de estrutura física da UTIN para apoiar os pais por 24 horas. Segundo Rocha *et al.*, (2015), o que é corroborado por Sousa *et al.*, (2019), a barreira social da mãe e a falta de acomodação na UTIN representam impedimentos à formação de vínculos. Nesse aspecto, a experiência dos dias vividos no ambiente de terapia intensiva neonatal foi idêntica ao retratado pelos autores referidos.

Alternativa de tecnologia simples que a adoção tem inúmeros benefícios para a díade mãe-filho, é o Método Canguru. Entretanto a maioria dos cuidados fica apenas no papel, como pude presenciar. Em geral, não tem leito suficiente para todas as mães permanecer no hospital juntamente com seu filho, o que aumenta o estresse da mãe. Outro aspecto negativo, é que era permitido entrar somente nos horários das mamadas, de três em três horas, no intervalo entre uma mamada e outra permanencia do lado de fora do hospital, sem o mínimo de atenção por parte do hospital. Então, o relacionamento, muito vezes, é prejudicado devido as normas e falta de acomodação. Esse cenário é o que é vivenciado por muitas mães (BRASIL, 2018).

O acolhimento, tanto do RN e seus pais na UTIN e UCIN, é essencial para criar e fortalecer o elo afetivo entre eles. melhora a adaptação internação, essa inclusão auxilia na qualidade da assistência que está sendo prestada. Utilizando de uma linguagem simples e facilitadora, onde a família consiga compreender todo o processo envolvido dentro da UTIN e UCIN, durante o período de hospitalização, melhorando suas habilidades para os cuidados gerais e específicos ao bebê, além de torná-los mais confiantes para a alta hospitalar (RIVAS, 2020).

O planejamento da alta hospitalar deve ser estratégico e individualizado, considerando as especificidades clínicas do bebê e as condições biopsicossociais da família (BUGS *et al.*, 2018), tudo ocorreu exatamente como a literatura indica, entretanto não foi o suficiente pois a insegurança, medo, o desconhecido e despreparo e vivenciado a todo momento a cada respiro do RN.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre dois papéis, o de mãe e de acadêmica do curso de enfermagem, aconteceu a minha segunda experiência com a maternidade. Em princípio, com as experiências já adquiridas, esperava-se que tudo se desenvolvesse dentro dos parâmetros de normalidade, mas foi diferente! Mesmo realizando as consultas pré-natal, conforme preconizado pelo MS, tive parto prematuro. Essa vivência me permite dizer acerca da necessidade de se investir em mais pesquisa sobre a qualidade e assistência prestada no pré-natal, a fim de identificar os fatores que possam vir interferir no processo de uma gestação saudável.

A vivência de ter filho internado em UTIN, imediatamente após o nascimento, e ali permanecer por mais de mês, mobiliza sentimentos de insegurança, angústia, medo, incapacidade, impotência, e na maior parte do tempo muita esperança. Minha maior preocupação era do risco de morte do meu filho.

Com o processo de reflexão que fiz para relatar essa minha vivência, pude destacar os aspectos positivos e negativos do atendimento da internação e como os profissionais que atuam nas UTIN e UCIN implementam, ou não, no cotidiano as leis e as políticas de proteção, atenção e humanização.

É evidente a necessidade da elaboração de protocolos institucionais internos e maior divulgação da Política Nacional de Humanização, para que seja efetiva nas UTIN e UCIN. Esses agentes devem ser utilizados como facilitadores, de maneira positiva e adequada para melhor atender os seus pacientes.

É indispensável que as instituições de saúde atendam a legislação vigente, no que diz respeito aos direitos dos pais em acompanhar seus filhos durante todo o período de internação. Muitos pais não conseguem realizar as visitas nos horários estipulados por diversos motivos, isto acaba gerando sentimentos de abandono, tristeza e angústia, além de dificultar a construção do vínculo afetivo e manutenção da lactação.

É imprescindível que os profissionais que atuam nas UTIN e UCIN respeitem e valorizem os sentimentos dos pais. Cada indivíduo deve ser tratado e respeitado em sua singularidade. Nesse momento difícil, os pais necessitam de atenção, cuidado e apoio para que consigam perceber um ambiente acolhedor e composto por profissionais competentes, capacitados e habilitados para realizarem o cuidado que o filho necessita no momento.

Vejo a necessidade de capacitação para os profissionais e despertar neles o sentimento de solidariedade, sororidade, compaixão e interiorizar a empatia. não precisa se colocar no lugar do outro, e sim fazer o que for melhor para o momento, pois não é possível sentir a dor do outro. E ainda, para humanizar é preciso identificar-se com o trabalho realizado, executá-lo com segurança, conhecimento e responsabilidade (COSTA, 2019).

## REFERÊNCIAS

ALVES, Fernanda Nascimento et al. Impacto do método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 11. Acesso em 06 Dez 2022.

BATTIKHA, Ethel Cukierkorn. Prematuridade. In: TEPERMAN, Daniela; GARRAFA, Thais; IACONELLI, Vera (Organizadoras). Tempo. Belo Horizonte. Autêntica, 2021  
BRASIL. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. 2 ed. 45 Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_manual\\_tecnico\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf)>. Acesso em 10 maio. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente (CONANDA). **Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995**. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Brasília: MS; 1995. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1995 out 17. Seção 1: p. 163. Disponível em: <[Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente \(Conanda\) — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/conanda)> Acesso em 08 novembro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: 2004. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)> Acesso em 06 de dezembro.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. 3ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. Brasília, DF: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual da Terceira Etapa do Método Canguru na Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2018. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualterceira\\_etapa\\_metodo\\_canguru.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualterceira_etapa_metodo_canguru.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de cuidados com o recém-nascido pré-termo. Brasília, 2019. Disponível em: <[Método canguru : diretrizes do cuidado – 1ª ed. revisada \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em 06 dezembro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[Política Nacional de Promoção da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em 10 dezembro 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: MS; 1990.

Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm) >. Acesso em: 10 maio 2022.

BUSATTO, E.; DIAZ, C. M. G.; TEIXEIRA, D. A.; OLIVERA, P. P. de.; BENEDETTI, F. J.; COSTENARO, R. G. S. Cuidados com o recém-nascido após alta hospitalar: orientações aos pais. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e30610212541, 2021. Disponível em:

<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12541>>. Acesso em: 11 maio. 2022.

DEVIDES, Windsor Ossian Queiroz *et al.* Dificuldades no aleitamento materno de bebês prematuros: uma revisão bibliográfica. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, [S.l.], v. 37, n. especial, p. 239-256, jul. 2021. ISSN 2596-2809. Disponível em:

<<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/2367>>. Acesso em: 10 maio 2022.

FERNANDES, JULIANA AZEVEDO, CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE SOUSA E FRANCISCO, PRISCILA MARIA STOLSES BERGAMO. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. *Saúde em Debate* [online]. 2019, v. 43, n. 121. [Acesso 20 abril 2022], pp. 406-416.

Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912109> >

FRANTZ, Mariana Flores, Schaefer, Márcia Pinheiro e Donelli, Tagma Marina Schneider Follow-up de Nascidos Prematuros: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online]. 2021, v. 37 [Acessado 18 abril 2022]. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37316> >.

OLIVEIRA, MAIELLEN Pinheiro *et al.* Fatores que dificultam o aleitamento materno na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 8, p. e39010817190, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17190.

Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17190>>. Acesso em: 10 dez 2022.

Organização Mundial da Saúde. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Brasil [internet]. [acesso em 2022 abril 20]. Disponível em: < <http://www.odmbrasil.gov.br/> >.

REIS, CAMILA Ribeiro *et al.* Humanização hospitalar com enfoque assistência de Enfermagem ao recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão bibliográfica narrativa. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 15, p. e199101522686, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.22686.

Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22686>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SCHIAVO, Rafaela de Almeida *et al.* Saúde emocional materna e prematuridade: influência sobre o desenvolvimento de bebês aos três meses. **Pensando fam.**, Porto

Alegre, v. 25, n. 2, p. 98-113, dez. 2021. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2021000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2021000200008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 18 abr. 2022.

SILVA, PMS; Melo, RHB; Silva, LF. Informação em saúde: práticas de humanização em uti neonatal e seus impactos a partir das rotinas e condutas na recuperação dos recém-nascidos. Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais. [online], volume 7, número especial III. Editor responsável: Luiz Roberto de Oliveira. Fortaleza, fevereiro de 2022, p.129-142.

Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/resdite/index>. Acesso em 08 novembro 2022.

SOUSA, FERNANDA Coura Pena *et al.* A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES NEONATAIS NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2017, v. 26, n. 3. Acesso em 10 dezembro 2022.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017001180016>>.

SOUZA, MAYOR Sotto *et al.* Avaliação dos indicadores da assistência pré-natal em unidade de saúde da família, em um município da Amazônia Legal. **REVISTA CEREUS**, v. 10, n. 1, p. 91-100, 15 maio 2018.

» <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2079> =

TOKARNIA, Mariana. Pandemia teve impactos diretos para bebês e crianças, diz estudo. Rio de Janeiro: **Agência Brasil**, 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-10/pandemia-teve-impactosdiretos-para-bebes-e-criancas-diz-estudo>. Acesso em: 14 set. 2021.

## APÊNDICE A

## ROTEIRO PARA ORIENTAR REGISTRO DOS FATOS

- 1 EXPERIÊNCIA COM A MATERNIDADE ANTES DA ÚLTIMA GESTAÇÃO
- 2 O DIAGNÓSTICO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO
- 3 O PERÍODO GESTACIONAL
- 4 PARTO PERI PARTO
- 5 O PERÍODO DA HOSPITALIZAÇÃO NA UTIN
- 6 O PERÍODO DA HOSPITALIZAÇÃO NA UCIN
- 7 A ALTA