

**ESCOLA ANNA NERY
REVISTA DE ENFERMAGEM**

Anna Nery School
Journal of Nursing
Escuela Anna Nery
Revista de Enfermería
Revista de Enfermería
Revista de Enfermería

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

ISSN: 1414-8145

annaneryrevista@gmail.com

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Brasil

Trombini Schmidt, Kayna; Sassá, Anelize Helena; Veronez, Marly; Higarashi, Ieda Harumi; Silva
Marcon, Sonia

A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 16, núm. 1, março, 2012, pp. 73-81

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127721430010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A PRIMEIRA VISITA AO FILHO INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: PERCEPÇÃO DOS PAIS

The first visit to a child in the neonatal intensive care unit: parents perception

Primera visita al hijo internado en unidad de terapia intensiva neonatal: percepción de los padres

Kayna Trombini Schmidt¹

Anelize Helena Sassá²

Marly Veronez³

Ieda Harumi Higarashi⁴

Sonia Silva Marcon⁵

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar os sentimentos, experiências e expectativas dos pais durante a primeira visita ao filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado na UTIN de um hospital de ensino de Maringá-PR. Foram entrevistados nove mães e um pai. Os dados foram coletados na segunda quinzena de junho de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas, posteriormente analisadas por meio do referencial de análise de conteúdo de Bardin. As categorias temáticas desprendidas dos depoimentos foram: Anseios antes da primeira visita ao filho; Vivenciando a primeira visita; e Lidando com as informações. Os resultados encontrados ampliam a compreensão dos sentimentos e das necessidades dos pais na primeira visita ao filho internado na UTIN e possibilitaram a reflexão sobre intervenções de enfermagem que possam amenizar as implicações negativas desse período situacional do ciclo de vida.

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal. Terapia Intensiva Neonatal. Prematuro. Pais.

Abstract

This study aimed to identify the feelings, experiences and the parents' expectations on the first visit to their child hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Descriptive study with qualitative approach accomplished in the NICU of a university hospital of Maringá-PR. Were interviewed nine mothers and one father. Data was collected in the second fortnight of June 2010, through semi-structured interviews, analyzed by means of the referential of content analysis by Bardin. The thematic categories that emerged from the statements were: Longings for the baby before the first visit; Undergoing the first visit; and Dealing with the information. The found results broaden the understanding of the feelings and of the parents' needs in the first visit to the child admitted in a NICU and allowed a reflection on nursing interventions that can soften the negative implications of that situational period of the life cycle.

Keywords: Neonatal Nursing. Intensive Care Neonatal. Infant Premature. Parents.

Resumen

Este estudio tuvo el objetivo de identificar los sentimientos, experiencias y expectativas de los padres durante la primera visita al hijo hospitalizado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Estudio descriptivo con abordaje cualitativo realizado en la UTIN de un hospital de enseñanza de Maringá-PR. Fueron entrevistados nueve madres y un padre. Los datos fueron recogidos en la segunda quincena de junio de 2010, por medio de entrevistas semiestructuradas, analizadas por medio del referencial de análisis de contenido de Bardin. Las categorías temáticas desprendidas de las declaraciones fueron: Anhelos antes de la primera visita al hijo; Viviendo la primera visita; y Lidiando con las informaciones. Los resultados encontrados amplían la comprensión de los sentimientos y de las necesidades de los padres en la primera visita al hijo internado en la UTIN y posibilitó la reflexión sobre intervenciones de enfermería que puedan amenizar las implicaciones negativas de ese período situacional del ciclo de vida.

Palabras clave: Enfermería Neonatal. Cuidado Intensivo Neonatal. Prematuro. Padres

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Maringá – PR. Brasil. E-mail: kayna411@gmail.com; ²Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal. Docente do Departamento de Enfermagem da Fundação Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Maringá (FAFIMAN). Mestre em Enfermagem pela UEM – Maringá – PR. Brasil. E-mail: anelizehs@hotmail.com; ³Enfermeira. Especialista em Fisiologia Humana (UEM). Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal do Hospital Universitário de Maringá. Mestranda em Enfermagem na UEM – Maringá – PR. Brasil. E-mail: marlyveronez@gmail.com; ⁴Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Departamento de Enfermagem (DEN) da UEM. Coordenadora Adjunta do Mestrado/UEM – Maringá – PR. Brasil. E-mail: ieda1618@gmail.com; ⁵Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente do DEN/UEM. Coordenadora do PSE/UEM. Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família (NEPAAF). Maringá – PR. Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

INTRODUÇÃO

A hospitalização do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é uma condição que pode gerar danos emocionais para toda a família, especialmente para os pais. Mesmo conscientes da possibilidade do nascimento de uma criança que necessite de cuidados intensivos, os pais mantêm a esperança de que seu filho será saudável e permanecerá junto à mãe até o momento da alta hospitalar. Entretanto, durante a visita à UTIN, os pais são surpreendidos por um estado inicial de choque provocado, a princípio, pelo nascimento inesperado de um bebê em condições adversas, e depois, pelo confronto com uma realidade diferente da idealizada, traduzida por um recém-nascido (RN) de aspecto frágil e com necessidade de cuidados especiais.¹

A UTIN é um setor onde a tecnologia se supera a cada dia, tornando o ambiente frio e sem afeto²; para os pais a visão desse ambiente novo e assustador gera uma experiência de desamparo. Embora algumas realidades assistenciais apresentem a informação paterna acerca do livre acesso a visitas e orientações clínicas sobre o filho sempre que solicitadas, em outros contextos, a rotina imposta pela instituição faz com que os pais/família encontrem a equipe de saúde envolvida nos cuidados aos RN e, aparentemente, indisponível para fazer interações e fornecer informações. Dessa forma, as dúvidas sobre a internação e as condições do bebê nem sempre podem ser elucidadas no primeiro momento.³

Com base na filosofia do cuidado centrado na família, o suporte à família e participação dos pais nos cuidados diretos ao RN, assim como a inclusão deles nas decisões sobre seu filho, deve ser uma das prioridades nos serviços de neonatologia. A internação prolongada dos bebês e a privação do ambiente aumentam o estresse dos pais e da família, podendo prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego.⁴ No tocante à equipe de enfermagem, esta assume um leque de atribuições e responsabilidades que por sua vez demandam capacidades essenciais para avaliar, entender e apoiar, com segurança, o RN e a sua família durante esse tempo crítico.⁵

Embora haja inúmeros estudos contemplando a percepção dos pais/família diante da hospitalização do RN na UTIN, assim como sua experiência de acompanhar a criança durante a internação, são poucos os que tratam especificamente desse momento tão particular e único que é o primeiro contato entre pais e bebê em uma unidade de terapia intensiva.

Neste contexto, pressupõe-se que os pais de RNs de risco que necessitam de internação logo após o nascimento também demandam atenção e cuidados especiais, tornando imprescindível o conhecimento prévio dos aspectos que envolvem essa realidade, de tal modo a oferecer suporte adequado à família fragilizada. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar os sentimentos, experiências e

expectativas dos pais durante sua primeira visita ao filho internado na UTIN.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa cuja matéria principal de investigação foi a palavra expressa pelos participantes entrevistados. Este tipo de estudo busca observar, descrever e documentar aspectos de uma situação que naturalmente ocorre, trazendo como fundamento que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores.⁶ Isso torna possível aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos delimitados em extensão e susceptíveis de serem abrangidos intensamente.⁷

Os sujeitos do estudo foram nove mães e um pai de RNs internados na UTIN de um hospital de ensino, localizado na cidade de Maringá-PR. Trata-se de um hospital público, de médio porte, e que serve de referência para os 29 municípios componentes da 15ª Regional de Saúde do Paraná. A instituição possui uma maternidade para o atendimento à gestante e à parturiente de risco composta de 15 leitos sendo seis de UTIN e quatro na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), em cujas unidades, durante a internação do bebê, os pais podem permanecer com os filhos das 8 às 22 horas, e os demais familiares podem realizar visitas em horários preestabelecidos.

As mães foram convidadas a participar do estudo durante sua permanência com o filho internado. A princípio, a proposta era entrevistar somente as mães, porém um pai demonstrou interesse em ser incluído na pesquisa. A partir de então, decidiu-se por convidar ambos os genitores para serem entrevistados, entretanto, com exceção do pai previamente mencionado, apenas as mães se disponibilizaram a participar.

Os dados foram coletados na segunda quinzena de junho de 2010, por meio de entrevista semiestruturada, com a seguinte questão norteadora: "Como foi a experiência de visitar seu filho pela primeira vez na UTIN?"

As entrevistas foram gravadas a fim de garantir maior fluência, fidelidade e agilidade do processo, bem como melhor interação entre entrevistador e os entrevistados. Os registros foram transcritos na íntegra e, após esta etapa, passaram por processo analítico e descritivo a partir do referencial de análise de conteúdo de Bardin.⁸ Neste tipo de análise, o ponto de partida é a mensagem, mas devem ser consideradas as condições contextuais como um dos principais requisitos como pano de fundo, no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados.⁹

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos cronológicos: pré-análise; exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados.⁸ Deste modo, neste estudo, por meio das leituras e releituras das falas dos sujeitos, buscou-se identificar os significados que

eram mais comuns e mais frequentes, assim como aqueles discursos singulares, mas com grande relevância.

Os códigos analisados à luz do objetivo proposto convergiram em três categorias temáticas principais: Anseios antes da primeira visita ao filho; Vivenciando a primeira visita e Lidando com as informações.

Para garantir o anonimato dos sujeitos participantes e facilitar a leitura e interpretação dos resultados, os entrevistados foram identificados por letras M para as mães, P para o pai e F para os bebês, seguidas de números conforme a ordem de realização das entrevistas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá sob o parecer nº. 320/2010, e foram levados em consideração todos os preceitos éticos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, participando do estudo somente aqueles indivíduos que, após o esclarecimento sobre a forma de participação e direitos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período de realização do estudo, 12 bebês estiveram internados na UTIN, dos quais dois RNs eram gemelares. Das onze mães presentes, duas foram excluídas do estudo: uma por estar em tratamento psiquiátrico e não comparecer às visitas ao filho, e outra por falha do equipamento utilizado durante a coleta de dados. Dessa maneira, participaram nove mães e o pai que se disponibilizou a participar.

A idade dos genitores variou entre 19 e 37 anos, com média de 28 anos. Cinco mães eram primíparas e apenas a M1 mencionou ter passado por experiência anterior de ter um filho internado na UTIN. O intervalo entre o nascimento e a primeira visita ao bebê na UTIN variou entre quatro e 36 horas, sendo que em seis casos as mães visitaram seus filhos pela primeira vez após 12 horas ou mais do parto. Cabe ressaltar que oito mães tiveram parto cesáreo, o que pode justificar a demora para visitar o bebê. O Quadro 1 apresenta a caracterização dos pais entrevistados.

Quadro 1 - Caracterização dos pais de RNs internados na UTIN na segunda quinzena de junho de 2010, Maringá – PR.

Pais	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Filhos vivos	Parto
M1	28	Amasiada	Fund. Completo	3	Cesáreo
M2	32	Casada	Médio Completo	2	Cesáreo
M3	19	Amasiada	Médio Incompleto	1	Cesáreo
M4	20	Casada	Médio Completo	1	Cesáreo
M5	36	Amasiada	Médio Completo	4	Cesáreo
M6	24	Separada	Médio Incompleto	1	Cesáreo
M7	21	Amasiada	Médio Completo	1	Normal
M8	29	Casada	Médio Completo	2	Cesáreo
M9	31	Casada	Médio Completo	1	Cesáreo
P1	37	Casado	Superior completo	5	---

Nos bebês, a idade gestacional de nascimento variou de 27 a 37 semanas e três dias, e o peso ao nascer de 1.145 g a 3.105 g. Houve um caso de gemelaridade discordante (FM5_{IG} e FM5_{IIG}) e um caso de malformação congênita (gastrosquise).

A prematuridade prevaleceu como principal diagnóstico de internação, seguida do desconforto respiratório. Na data da entrevista os bebês tinham entre 1 e 41 dias de vida. No Quadro 2 são apresentadas as características de cada RN.

Quadro 2 - Caracterização dos RNs internados na UTIN na segunda quinzena de junho de 2010, Maringá - PR.

RN	IG nasc.	Peso nasc.	Principal diagnóstico	Dias de vida na entrevista
FM1	33s 2d	1300g	Prematuridade	7 dias
FM2 e FP1	36s 2d	3105g	Desc. respiratório	4 dias
FM3	37s 3d	2830g	Gastrosquise	11 dias
FM4	34s	1635g	Desc. respiratório	10 dias
FM5 _{IG}	36s	2050g	Desc. respiratório	5 dias
FM5 _{IIG}	36s	1360g	RCIU	5 dias
FM6	37s	2629g	ANN grave	1 dia
FM7	27s	1440g	Prematuridade	1 dia
FM8	32s 5d	1570g	Prematuridade	11 dias
FM9	31s	1145g	Prematuridade	41 dias

Desc. respiratório = desconforto respiratório; RCIU = restrição de crescimento intrauterino; ANN grave = anóxia neonatal grave.

A hospitalização do filho, por si só, é um evento atribulador, gerador de estresse e insegurança devido à condição de vulnerabilidade da saúde da criança. O enfrentamento dessa situação é mais difícil quando a internação é necessária logo após o nascimento, substituindo a idealização da chegada de um bebê saudável pelo enfrentamento das adversidades e dos sentimentos provocados pela hospitalização.

Os primeiros contatos entre mãe e filho após o nascimento são muito importantes para a construção e o fortalecimento do vínculo afetivo entre os elementos deste binômio. Entretanto, a presença de alterações clínicas como prematuridade, malformações congênitas e as complicações que acompanham estas condições, somada à necessidade de internação do bebê na UTIN, pode prejudicar este encontro, interferindo na formação do apego durante este período.¹⁰

Anseios antes da Primeira Visita ao Filho

O nascimento de um bebê em condição de risco e a necessidade de internação em UTIN podem trazer aos pais sentimentos de insegurança e incerteza quanto à vida e ao prognóstico deste filho. Depois do nascimento, o momento que antecipa a primeira visita ao bebê é mistificado pela imagem popular acerca da UTIN como um ambiente complexo, destinado a pacientes graves e com poucas expectativas de vida. Nos depoimentos a seguir percebe-se que o medo foi frequente entre as mães, e refletiu a angústia pela constatação das possíveis condições em que encontrariam o filho.

[...] porque é o primeiro filho, daí a gente já fica com medo de acontecer alguma coisa, [...] ficava até tremendo! [...] esperei meu marido chegar pra nós irmos junto porque tinha muito medo de chegar aqui sozinha e ter acontecido alguma coisa, passava até um pouco mal (M9).

[...] o medo falava mais alto dentro de mim, mas eu sabia que eu tinha que levantar e ir, era minha obrigação [...] eu tinha medo de passar por aquela porta e me defrontar com uma coisa que eu não queria, eu não aceitava [...] (M5).

Para M5, mãe de gemelares, visitar os filhos na UTIN não foi um desejo, mas, sim, uma obrigação de mãe, que devia ser enfrentada mesmo diante da angústia e incerteza quanto ao estado em que encontraria seus filhos. Ela entendia que, apesar de tudo, esta era uma situação inadiável que não poderia ser assumida por outra pessoa.

M1, por ter vivenciado a internação de outro filho na UTIN, já conseguia antecipar um período prolongado de internação, que demandaria tempo e organização para acompanhar a hospitalização do bebê.

[...] eu já fiquei imaginando quantos dias a gente ia ter que voltar, ficar voltando (M1).

A primeira visita constitui um momento importante para desfazer ou confirmar as expectativas e impressões advindas do pré-parto e parto, e ainda fazer emergir novos significados para a situação a ser vivenciada.

Foi um choque [...] e também um certo alívio porque, assim que ele nasceu, eu vi ele muito rápido, então eu nem sabia como ele era, como estava. Então a primeira visita foi pra chegar à conclusão como era, como estava. E também o estado de saúde dele (M6).

[...] na hora que eu vi ele, assim, perfeito, grande. Eu esperava outra coisa né, nasceu antes, fiquei apreensivo. Mas depois que eu vi ele, tudo certinho, respirando, batimentos, tudo funcionando [...] (P1).

Nesses casos, a expectativa de ver o filho pela primeira vez, além representar o contato inicial com o filho, configurava-se em um momento tranquilizador de reconhecimento da real situação de seu bebê, melhor do que a imaginada.

Vivenciando a Primeira Visita

Para abarcar as várias mensagens encontradas nos discursos, esta categoria foi dividida em quatro subcategorias temáticas: descrevendo a experiência; lembranças marcantes; reconhecendo o filho através do toque; e a necessidade de compartilhar.

Descrevendo a experiência

Diante do risco de morte do bebê, os pais experienciam sentimentos contraditórios, entre eles a culpa, ansiedade, preocupação e confusão¹¹, evidenciando sentimentos descritos neste estudo, sendo que os mais frequentemente citados foram o choque e medo de perder o filho. A partir dos depoimentos, percebe-se que, para os pais, a noção ou o conceito global de UTIN traz em seu bojo uma associação quase imediata com a ideia de finitude, de possibilidade iminente da morte.

É lógico que a gente fica contente por ver, mas, nas condições que ela estava, a gente se sente um pouco ofendida [...] meio abalada [...] a gente quer ter o bebê saudável, sem problema [...] e a gente vê que é pequenininha frágil, a gente não quer assim, mas é preciso (M1).

[...] lá dentro eu chorei, briguei comigo mesmo, foi muito, muito, muito dolorido [...] se você ama de verdade, é medo, medo de perder (M5).

A minha impressão era assim, toda criança que viesse pra uma UTI pudesse ter a possibilidade de falecer (M4).

Foi bem chocante. Porque eu cheguei lá, ele estava todo entubadinho e aí quando eu cheguei lá já foi dito pra mim que ele não estava muito bem e não era isso que eu estava esperando [...] (M6).

No caso de malformação, o impacto do primeiro encontro adquiriu uma dimensão maior, associado à possibilidade de uma evolução clínica negativa do bebê.

Quando eu vi aquele nenê assim, sabe, que você nunca imaginava ver, um nenê com algum órgão pra fora, nossa!!! Derramei em choro [...] um bebezinho pequenino, como que vai conseguir (M3).

A culpa pela condição clínica e necessidade de internação do filho emergiu em um dos discursos, sendo que a fala demonstrou ainda a impressão por parte da mãe, de que todos os funcionários da UTIN a olhavam como se a culpassem pelo nascimento prematuro de seu bebê.

[...] quando vi eles nessa situação (gemelares), eu me condenei, eu falava assim, pensava comigo 'Deus por quê que eu não aguentei a dor mais um pouco' [...] aquelas pessoas (funcionários), pra mim, elas olhavam com sentimentos assim 'ela é culpada por os filhos dela estarem aqui' [...] (M5).

Após familiarizar-se com o ambiente, a impressão inicial foi superada; contudo, o delineamento desta experiência materna traz à tona o grande sofrimento psicológico desencadeado pela internação de um filho em tais condições.

Para amenizar situações como a apresentada, é preciso que a equipe de saúde reconheça que a primeira visita é um momento crítico, porém favorável para incentivar o fortalecimento do vínculo familiar que é prejudicado pela separação do bebê e de seus pais logo após o nascimento.¹⁰. Neste contexto, a presença e intervenção adequadas da equipe de enfermagem no sentido de prover o apoio afetivo se traduzem em ação de maior relevância. A família precisa ser ouvida, apoiada e assistida, considerando, ainda, que, na maioria das vezes, o momento da primeira visita coincide também com a primeira vez em que os pais têm contato com um bebê tão pequeno ou muito doente, com aparência frágil e debilitada, causando-lhes um sentimento de luto antecipado.

Em contrapartida, para alguns participantes, a possibilidade de ver o filho proporcionou um sentimento de superação, amor, afeto e de apropriação da paternidade/maternidade, desencadeando o desejo de transmitir carinho, conforto e segurança para o filho.

A gente sente amor [...] porque depois que eu descobri que eu estava grávida, eu quis muito ela [...] (M1).

[...] não conseguia falar, só chorava de tanta emoção [...] estava feliz também. Apesar de ele estar pequenininho, fraquinho, de estar vivo ainda (M7).

[...] eu queria afagar o coração dele, então eu cantei, alguma pessoa olhou assim, mas a gente não pode ter vergonha disso, o mundo precisa desse amor, as pessoas precisam desse cuidado né. Se o meu filho podia ser cuidado por mim, naquele momento pra mim, era a hora de eu cuidar (P1).

Em um estudo sobre a paternidade em cuidados neonatais, demonstrou-se que os pais, ao se depararem com o filho na incubadora, eram vistos imersos em uma observação atenta do bebê, reconhecendo-se como pais, conversando com o filho, traçando planos para seu futuro e tentando descobrir suas necessidades e vontades.¹²

Para a mulher, vivenciar a gestação de um filho, ser mãe e poder segurar seu bebê nos braços é um momento de plenitude inesquecível, aguardado durante meses. Além disso, configura-se em uma condição desafiadora, proporcionando o crescimento pessoal e a maturidade ao se deparar com a responsabilidade de promover o desenvolvimento de outro ser humano.¹³

[...] foi bem inexplicável. Fiquei feliz por estar vendo ela pela primeira vez [...] amadureci muito, porque a gente muda [...] (M4).

Outro aspecto observado foi o fato de os pais, após conhecerem o ambiente e perceberem que o bebê estava recebendo todo o tratamento necessário, sentirem-se seguros para confiar os cuidados do filho à equipe de saúde.

[...] meu sentimento foi de segurança, na hora que eu vi ele [...] Tinha os tubinhos, tava tudo perfeito [...]. Eu me senti muito protegido, confiante de deixar ele aqui [...] (P1).

Pode-se destacar a confiança dos pais na equipe de saúde como um fator positivo. Em outro estudo realizado com mães de bebês prematuros, estas atribuíam sua permanência no alojamento devido ao receio de deixar seus filhos sozinhos, já que percebiam os profissionais apenas como executores de tarefas voltadas à manutenção da vida dos bebês, sem a preocupação de proporcionar conforto ao seu bebê.¹⁴

Em alguns casos, o cuidado dispensado aos bebês também causou nos pais sentimento de dó, de conspicição

dos procedimentos invasivos e uso de equipamentos aos quais o RN é submetido.

[...] ele estava com uns tubinhos no nariz, e eu fiquei com vontade de chorar, é lógico, porque você pensa que está doendo, que está machucando. [...] meu sentimento foi de dó de ele estar ali, mas estava confiante que ele estava bem cuidado [...] (M2).

Já para M7, a sua impressão sobre a UTIN era pior antes da visita, e, após conhecer a unidade, percebeu que se tratava de um setor adequado para o tratamento dos bebês, menos traumático do que ela imaginava.

[...] é um lugar diferente, não é um lugar agradável, mas é diferente do que a gente pensa aqui de fora [...] A gente pensa, deve ser uma coisa horrível, [...] 'Nossa, se for pro meu bebê ficar na UTI coitadinho, ele já deve estar nas piores', mas não, não é assim não [...] não é horrível. É um local muito bem planejado (M7).

Embora a UTIN tivesse sido associada a um local inóspito, pouco acolhedor e ligado à iminência de morte, ao presenciar a dinâmica do setor e o trabalho da equipe, a mãe percebeu que se tratava de um ambiente terapêutico, destinado à recuperação de seu filho. Essa compreensão a tranquilizou e reforçou a confiança nos cuidados prestados pela equipe.

Lembranças marcantes

As principais recordações relatadas pelos entrevistados referiram-se exclusivamente a lembranças relacionadas a seus bebês. O ambiente da UTIN não apareceu nos discursos, demonstrando que o foco dos pais na primeira visita é conhecer o filho tão esperado.

As lembranças puderam ser relacionadas a sensações positivas ou negativas. Ao ver o filho pequeno e debilitado, até mesmo sua postura e posicionamento por ocasião do primeiro contato foram valorizados, o que nos remete à importância de atentar aos menores detalhes para que o primeiro contato com o filho, embora potencialmente traumático e doloroso, torne-se mais ameno.

Ah, eu acho que o que me marcou foi ver ela ali né [...] sempre quando eu lembro da UTI, eu lembro dela, que era bem pequenininha (M9).

Eu tenho muito a recordação de ver ela virada de costas pra mim [...] quando eu vi eu tive um impacto muito grande, porque vi ela toda furadinha [...] fiquei com muita dó, vontade de levar embora, parecia que estava judiando [...] (M4).

[...] marcou também foi quando ela grudou no meu dedinho e não queria soltar mais [...] (M3).

Já para o homem, o nascimento prematuro do filho impõe um misto de novas tarefas, novos medos e emoções.

[...] a hora que eu vi ele pela primeira vez, aí ele não saiu mais da minha mente. Meu psicológico mudou. Mudou entende? Eu estou andando, em casa, pensando, trabalhando, mas tudo voltado pra ele. Para o próximo momento de eu pegar ele, cuidar dele, ele já está fazendo falta. [...] Então a presença ficou muito forte, muito marcante (P1).

Ao estar em contato com o filho pela primeira vez, P1 apropriou-se da condição de pai, da existência de um ser dependente de seus cuidados e, acima de tudo, de um ser capaz de transmitir-lhe um amor recíproco e incondicional que já lhe fazia falta nos períodos em que estavam distantes.

Reconhecendo o filho através do toque

Dos discursos deste estudo pôde-se inferir que o toque teve um significado especial para os pais, já que através dele puderam concretizar a existência e a “posse” do filho. No entanto, o toque mostrou ter diferentes significados entre os entrevistados, sendo relacionado com características e sentimentos de fragilidade, apropriação do filho, concretização de um sonho e esperança.

A primeira vez que eu entrei, eu toquei na mãozinha só [...] bem de leve, porque eu estava com medo de machucar ele [...] eu senti mesmo que eu toquei ele assim foi ontem, que ela me deu ele no colo [...] (M2).

Antes de pegar, eu acho que a gente tem mais aquela sensação de que vai perder, acho que essa coisa de pegar, acho que dá uma sensação que é meu [...] (M1).

Ah, foi mágico [...] porque era o que eu mais estava esperando, poder pegar, poder tocar. Como eu não pude pegar, pelo menos tocar pra mim foi muito importante. Foi maravilhoso, foi o primeiro contato com o meu bebê (M6).

Algumas mães relataram que não conseguiram tocar o bebê na primeira visita, associando o ato de tocar à ideia de um desafio, uma barreira a ser transposta no processo de construção do vínculo.

Eu acho que era importante, só que naquele momento eu não consegui colocar a mão nele. É

importante. O filho tem que ter aquele sentimento de afeto realmente, sabe? Mas eu não consegui (M7).

Eu achei que eu estava contaminada, que eu estava com as mãos com sonda (acesso venoso). Apesar de que a outra não estava, mas eu não consegui, não sei. Não consegui tocar ela (M8).

Nas relações mãe-filho, o modo pelo qual os sujeitos se percebem influencia de forma direta seus comportamentos.¹⁵ Isso foi demonstrado pela mãe que se percebia culpada pela condição do filho, sentindo-se incapaz de acariciá-lo diante da sua enfermidade e baixo peso.

Do D. eu coloquei no primeiro dia, [...] eu fui por mim mesma, eu sentia que tinha que tocar, via ele mais forte [...] do B. eu fiquei com muito medo, muito medo, eu via aquele menino lindo ali na minha frente, intubado, sabe eu me condenei e pedi desculpa pra ele [...] eu não consegui (M5).

Em outras situações, o desejo de tocar o filho esteve presente, mas o medo de prejudicar a criança inibiu os pais a tocar em seus filhos. Ressalta-se, então, que a equipe de enfermagem tem papel essencial no apoio a esta aproximação, na promoção do vínculo entre pais e filhos de tal modo que o estímulo ao toque se traduza em exercício importante para o início da formação do apego.

A enfermeira falou que eu podia tocar nele, só que eu falei assim: não, não é pra ninguém tocar nele! [...] falei que as únicas pessoas que tocam nele são as que vão cuidar dele. Porque nossa, infecção hospitalar, não quero não. Eu queria tocar nele, mas [...] é pra quando ele tiver mais fortinho, aí eu toco nele, mas eu ficava só passando a mão no vidrinho assim, falando com ele [...] O filho tem que ter aquele sentimento de afeto realmente, sabe? (M7).

[...] no primeiro dia que eu entrei na UTI eu coloquei a mãozinha nela. Foi uma emoção muito grande, [...] a enfermeira orientou [...] que é a mesma coisa se tivesse na barriga, que ela sentia a presença da mãe ali (M9).

Nesse tocante, é importante que os pais sejam devidamente estimulados e orientados a participarem na recuperação e no desenvolvimento do filho, já que em alguns casos, estes se sentem impotentes diante da hospitalização e do distanciamento dele. A contemplação da rotina aterrorizadora, somada à precisão do cuidado das enfermeiras

com seu filho, despertam nos pais o sentimento de incapacidade de auxiliar o filho.

[...] eu entrei rapidinho, olhei ele ali, ele estava dormindo, eu não podia fazer nada, e voltei pra lá (M2).

Eu só chorava, chorava. De ver ali, de eu não poder fazer nada por ele (M7).

É importante ressaltar que, diante da impotência nessas situações, o envolvimento gradativo e planejado dos pais no processo de cuidado pode representar uma etapa fundamental para a conquista da autonomia, criando nestes um sentimento crescente de competência para a reconquista da paternidade e para a apropriação do filho.

O toque, quando realizado pelas mães, pode contribuir na evolução clínica do bebê, sendo também um meio de dar conforto ao filho¹⁴. Neste contexto, o toque é importante, tanto para os pais quanto para o bebê, sendo essencial ensiná-los quando e como tocar seu filho, de maneira a favorecer uma (con)vivência agradável, além da segurança e capacidade parental tornando o toque um estímulo altamente positivo para a formação do vínculo.

A necessidade de compartilhar

Embora alguns entrevistados tenham realizado a primeira visita sozinhos, todos relataram a importância de ter alguém com quem pudessem dividir a emoção e os sentimentos presentes na primeira visita ao filho, assim como a importância do apoio de um familiar.

[...] no primeiro dia eu vim sozinha. É ruim [...] a gente se sente mais desprotegida... Acho que a gente entrando, nem que seja com um parente, [...] acho que a gente tem uma segurança a mais (M1).

Tal ansiedade é prevista nestas situações de enfrentamento do desconhecido. Em um estudo, as mães afirmaram que gostariam de estar menos ansiosas durante as visitas aos filhos, e assumem a necessidade de receberem assistência e apoio.¹⁶

Meu marido veio comigo. A gente viu juntos. Eu achei muito importante, tanto pra mim quanto pra ela (bebê). Porque a gente sempre teve muita união entre nós dois (M4).

Nossa, ter o companheiro do lado é tudo! Dá apoio no momento que a gente mais precisa [...] Porque se ele não estivesse ali do meu lado acho que eu ia desmoronar na hora [...] Eu não ia nem conseguir

olhar o bebê. Tem que ter uma pessoa do lado pra dar uma segurada e ele, como é o pai, melhor ainda, saber que o pai apoia o filho naquela hora (M7).

Vim com meu esposo. Significou muito, porque vindo nós dois passava mais força pra ela, né? Que nós estávamos ali juntos torcendo para que ela saísse dali pra melhor (M9).

A importância da presença, em especial do marido, foi referenciada pelas entrevistadas como sinônimo de apoio, inclusive para o bebê. Embora a presença da mãe junto ao filho nas unidades neonatais seja bastante valorizada, é necessário lembrar que a mulher necessita de uma rede de apoio, e, ao valorizar e incentivar a presença do pai do bebê, pode-se proporcionar tal ajuda.

Lidando com as informações

Embora tivessem recebido algumas informações referentes aos cuidados prestados ao bebê e a rotina da unidade durante a primeira visita, alguns pais referiram desejar que outros aspectos também fossem abordados.

Olha, eu sei que certas informações a gente não pode ter né [...]. Eu queria ter tido um pouquinho mais de informação [...] só um pouquinho mais de clareza (P1).

A clareza referida no discurso paterno relaciona-se à exposição ou informação por parte dos profissionais quanto à gravidade real clínica de seus filhos, permitindo o conhecimento pleno pela família sobre a situação vivida, atendendo, desta forma, os anseios e a necessidade de informação.¹⁵

Nesses casos, a comunicação deve ser estabelecida como uma via de mão dupla, na qual “o modo como a família decodifica e atribui significado à notícia que recebe da equipe de saúde pode tornar a vivência do processo de hospitalização do bebê melhor ou mais difícil”^{15:78}. O cuidado ao fornecer informação é, portanto, fundamental, já que o impacto causado pelas notícias pode prejudicar a aproximação dos pais com o bebê, interferindo e adiando a formação do apego, ou ainda, dificultando o enfrentamento das adversidades emergidas do nascimento da criança e de sua consequente hospitalização¹⁵. É importante que os profissionais estejam atentos para o que pode contribuir, positiva ou negativamente nesse processo.

[...] eu mesmo fugi da realidade de que o médico poderia me falar [...] podia ter me conscientizado do estado de saúde dos meus filhos, mas não, eu adiei, adiei porque tinha medo, de ouvir aquilo que eu não queria ouvir (M5).

[...] mãe de primeira viagem sabe, né, tem medo de conversar com os médicos, [...] então no caso, eu acho que quem foi errado de não perguntar algumas das coisas fui eu [...] (M3).

O imaginário dos pais sobre as condições de saúde do filho geralmente tende a ser pessimista, causando neles a sensação de que suas fraquezas sobrepujam suas forças, dificultando a superação da hospitalização. Por isso, é importante que o profissional de saúde, ao dar informações sobre a criança, também lhes ofereça apoio, oportunizando momentos de escuta e informando a situação clínica do bebê, sem potencializar ameaças ou gerar temores, focalizando-se nos aspectos positivos do tratamento e nas forças da família.^{15,17}

Num estudo realizado em Portugal, que buscou compreender as necessidades dos pais de crianças hospitalizadas por meio da validação do instrumento “Questionário de Necessidades dos Pais”, verificou-se que os pais consideram muito importante receber informações exatas sobre o estado de saúde do filho, e ainda, poder confiar que são prestados os melhores cuidados médicos e de enfermagem, mesmo quando não estão presentes.¹⁶

A gente passa o tempo inteiro só lembrando: como é que ele vai estar lá, como [...] aí você chega lá e ‘não, seu nenê está bem, estável, tranquilo’, é a melhor coisa. É receber uma notícia que o bebê está bem, que ele vai ser bem cuidado (M7).

O depoimento de M7 corrobora os dados dos autores que consideram que a informação transmitida pelos profissionais de saúde é capaz de reduzir a ansiedade e insegurança dos pais, contribuindo para o bem-estar da criança e melhor desempenho do papel parental.¹⁶ Os cuidados de atenção aos pais incluem anotar cuidadosamente suas observações, colocá-los à vontade, ouvir até o fim suas preocupações e esclarecer dúvidas referidas no momento em que acharem oportuno.¹⁷

Embora a equipe multiprofissional seja responsável por orientar e dar informações à família, a equipe de enfermagem se sobressaiu nas falas dos entrevistados como protagonistas na realização de informações que vão desde procedimentos para a entrada no setor até as condições e o estado geral do bebê.

Foi uma enfermeira [...] ela mandou lavar as mãos, secar bem secado, tirar a aliança, colocar o jaleco pra depois entrar, pra não contaminar a neném (M4).

[...] falou pra eu ter calma, levaria um pouquinho de tempo, que era uma doença bem grave, que era bem complicado, mas isso não é uma coisa rápida

que é uma coisa bem lenta [...]. Aí ela me explicou certinho o que eu ia acontecer e só (M3).

O momento da primeira visita é rico para o início da interação enfermeiro-família, já que este é, em geral, o primeiro profissional a recepcionar e apoiar os pais de forma acolhedora e afetuosa. Dessa maneira, o enfermeiro pode reconhecer e atender as necessidades da família, permanecendo mais tempo ao seu lado. Considerando suas opiniões, questionamentos e sentimentos, pode construir interações efetivas, de compartilhar os cuidados e de elevar a qualidade e a satisfação com a qualidade da assistência prestada.¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo amplia a compreensão dos sentimentos e das necessidades dos pais na primeira visita ao filho internado na UTIN, à medida que possibilita também a reflexão sobre intervenções que possam amenizar as implicações negativas desse período situacional do ciclo de vida.

Desde muito cedo, os pais sentem-se responsáveis pela vida de seu filho. Ao descobrir a gestação, a mãe tende a alterar a sua rotina, dirigindo seu foco ao bem-estar e à saúde do bebê. Quando algo dá errado, por exemplo, a necessidade de interrupção da gestação devido a intercorrências maternas ou sofrimento fetal, muitas mães sentem-se culpadas por não terem conseguido ter uma gestação normal e o nascimento saudável. Em contrapartida, esse momento também é caracterizado por propiciar o amadurecimento materno e o reconhecimento do filho.

No tocante às informações, deve-se transmiti-las de forma continuada e pertinente às necessidades momentâneas das famílias, respeitando o processo particular de adaptação e aceitação das mesmas, assumindo uma postura empática de apoio a estes pais.

Nesse sentido, como enfermeiros, devemos aprimorar nossas condutas em relação ao acolhimento dos pais, buscando compreender este momento particular. Para isso, é preciso refletir sobre atitudes que valorizem os sentimentos expressos pela família e contribuam para amenizar a vivência dessa fase, minimizando as sequelas emocionais e psicológicas que usualmente a caracteriza.

REFERÊNCIAS

1. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC, Carvalho JBL, Silva MLC. Representações das mães sobre a hospitalização do filho prematuro. Rev Bras Enferm. 2009 set/out; 62(5):729-33.
2. Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. A percepção da família sobre sua presença em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Esc Anna Nery (impr.) 2009; 13(2):629-38.
3. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso. Brasília (DF); 2009.
4. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LMM, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe e filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. Rev Latino-am Enfermagem. 2003 jul/ago; 11(4): 539-43.
5. Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. Rev Eletr Enferm. [periódico na internet]. 2007; [citado 2010 jun 30]; 9(1):200-13. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>
6. Polit DF, Hungler PB. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo. Ed 70; 2010.
9. Puglisi ML, Franco B. Análise de conteúdo. 2ª ed. Brasília (DF): Liber Livro; 2005.
10. Iserhard ARM, Budó ML, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. Esc Anna Nery. 2009 jan/mar; 13(1):116-22.
11. Araújo BBM, Rodrigues BMRD, Rodrigues EC. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. Rev Enferm UERJ. 2008 abr; 6(2):180-86.
12. Coutinho HR, Morsch DS. A paternidade em cuidados intensivos neonatais. Rev SBPH. 2006 jun; 9(1): 55-69.
13. Brazelton TB. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre Artes Médicas; 1988.
14. Araujo BBM, Rodrigues BMRD. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. Esc. Anna Nery. 2010 abr/jun; 14(2): 284-92.
15. Pinheiro EM, Balbino FS, Balieiro MMFG, Domenico EBL, AVENA MJ. Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. Rev Gaucha Enferm. 2009 mar; 30(1):77-84.
16. Ferreira PL, Melo E, Reis G, Mello DF. Validation and reliability analysis of the portuguese language version of needs of parents. Questionnaire. J Pediatr. 2010 maio/jun; 86(3): 221-27.
17. Andraus LMS, Minamisava R, Munari DB. Desafios de enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. Cienc Cuid. Saude. 2004 maio/ago; 3(2) :203-08.