

## PERCEPÇÃO DAS MÃES QUANTO AO ATENDIMENTO, ESTADO DE SAÚDE E PROGNÓSTICO DE SEUS FILHOS INTERNADOS EM UTI NEONATAL.

### *PERCEPTION OF MOTHERS FOR SERVICE STATE OF HEALTH AND ITS PROGNOSIS HOSPITALIZED CHILDREN IN ICU NEONATAL.*

Thaís Ariela Machado **Brites**<sup>1</sup>, Juliana Baratela André **Roveda**<sup>1</sup>, Maurício Marcondes **Ribas**<sup>1</sup>, Gilberto **Pascolat**<sup>1</sup>, Evanguelia Athanásio **Shwetz**<sup>1</sup>, Aristides Schier da **Cruz**<sup>1</sup>, José Leon **Zindeluk**<sup>1</sup>, Manuel Muinos **Vazquez**<sup>1</sup>, Paulo Fernando **Speling**<sup>1</sup>, Jean Alexandre Correa **Francisco**<sup>1</sup>.

Rev. Méd. Paraná/1374

Brites TAM, Roveda JBA, Ribas MM, Pascolat G, Shwetz EA, Cruz AS, Zindeluk JL, Vazquez MM, Speling PF, Francisco JAC. Percepção das Mães Quanto ao Atendimento, Estado de Saúde e Prognóstico de seus Filhos Internados em UTI Neonatal. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(2)25-31.

**RESUMO** - Com o advento da alta tecnologia e a geração de aparelhos e medicamentos cada vez mais avançados, constata-se na atualidade que a incidência de recém nascidos prematuros sobreviventes aumenta a cada dia – cada vez mais prematuros e com menos peso. A associação dos serviços de Obstetrícia e Pediatria e o reconhecimento da Neonatologia colaboraram para este crescimento. Aliado a tanta tecnologia e desenvolvimento, vê-se a necessidade da humanização do atendimento dos profissionais que trabalham em Unidades de Terapias Intensivas Neonatais. O enfoque deve ser dado não só ao bebê como paciente, mas à família como um todo, pois esta possui importante papel na recuperação destes pequenos seres. Diversos estudos tem se lançado neste sentido, entretanto poucos são voltados para a avaliação do atendimento médico. Neste trabalho foi realizada a avaliação da percepção das mães quanto ao atendimento de seus filhos internados em UTIN, quanto à informação sobre o estado, o tratamento e o prognóstico do bebê. Avaliou-se ainda o grau de ansiedade e relevância de reuniões de grupo como apoio terapêutico e psicológico à família.

**DESCRITORES** - Percepção, Prognóstico, hospitalização, UTI Neonatal.

### INTRODUÇÃO

Os primórdios da assistência neonatal remontam ao final do século XIX e início do século XX. Até este período não existiam instituições que se dedicassem aos cuidados infantis e era grande a taxa de mortalidade nos primeiros anos de vida (Ferraz e Guimarães, 2007). As altas taxas de mortalidade e a queda na taxa de natalidade tornaram-se motivo de preocupação para a população europeia, o que contribuiu para o surgimento do Movimento para a Saúde da Criança, entre 1870 e 1920. Este movimento buscava a preservação da vida das crianças, incluindo recém-nascidos prematuros, sendo assim um marco decisivo na história da medicina neonatal (Luski, 1999).

O primeiro livro sobre lactentes nascidos de parto prematuro foi lançado em 1892, escrito por Pierre Budin, um obstetra francês que é considerado o pai da neonatologia. Ele foi responsável ainda

por classificar as crianças em pequenas e grandes para a idade gestacional.

Posteriormente, em 1914, ocorreu a implantação de Unidades de Cuidados para recém nascidos prematuros em Chicago, no Michael Reese Hospital pelo Dr Julius Hess e o Dr Evelyn Lundeen. Em 1924, Albert Peiper, pediatra, iniciou seus estudos sobre a maturação neurológica dos prematuros.

Em 1940, houve a unificação dos critérios que seriam usados para o manejo dos recém nascidos. Ainda neste período surgiram as primeiras incubadoras, baseadas na observação da necessidade de controle de temperatura destas crianças. Pierre Budin estudou a influencia da temperatura ambiente na mortalidade dos prematuros e foi o pioneiro na utilização de garrafas de vidro com água quente para a termorregulação dos recém nascidos durante o transporte.

Um marco importante deu-se em 1953, quando a Dra Virginia Apgar divulgou a sua escala que seria

utilizada para a avaliação do grau de asfixia neonatal e de adaptação à vida extra-útero. Ainda na mesma década, em 1957, Ethel Dunham escreveu o livro “O Prematuro”.

O termo Neonatologia foi usado pela primeira vez no livro *Doenças do Recém Nascido*, lançado em 1960 pelo Dr Alexander Schaffer. Nesta mesma década foram criados e começaram a ser utilizados os monitores eletrônicos, as gasometrias arteriais e o surgimento dos antibióticos que foram usados para o tratamento da sepse neonatal.

Apenas em 1967, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia reconheceu a necessidade da associação entre Obstetras e Neonatologistas para diminuir a mortalidade perinatal. Assim sendo, em 1973 teve início o primeiro Serviço de Cuidados Perinatais nos EUA. Um grande avanço na área da nutrição, alimentação por sondas e a alimentação parenteral se deu a partir desta associação. O uso de cateteres umbilicais tornou-se rotina a partir deste período.

Várias outras descobertas direcionadas para a maior sobrevivência dos recém-nascidos foram inventadas neste período, dentre elas destacam-se a invenção da ventilação mecânica para o recém-nascido, em 1887 por Dwyer -por pressão positiva - e em 1888 por Egon Braun e Alexander Graham Bell - por pressão negativa em 1888.

Em 1953 Donald e Lord introduziram a uso do ventilador com ciclos. Em 1971 Gregory, Kitterman e Phibbs introduziram a Pressão Positiva Contínua nas vias aéreas (CPAP). Pouco depois Bird com a colaboração de Kirby desenvolveram o primeiro ventilador neonatal de pressão positiva, o “Baby Bird”.

Posteriormente, através de um melhor conhecimento da fisiologia respiratória neonatal, foram melhorados os resultados da assistência respiratória mecânica aos recém-nascidos. É de destacar ainda as contribuições de Downes, Anderson, Silverman, Gregory e Fujiwara com o uso de surfactante exógeno.

O desenvolvimento de tecnologias e unidades de terapia intensiva cada vez mais avançadas, aliadas ao aumento da disponibilidade de equipamentos invasivos e não invasivos repercutiu de forma importante na redução dos índices de mortalidade e de morbidade dos recém-nascidos. A neonatologia, reconhecida como especialidade, possibilitou a compreensão das particularidades dos recém-nascidos, além do desenvolvimento de melhores equipamentos e medicamentos.

Atualmente a incidência de nascimentos prematuros cresceu consideravelmente. Graças à grande evolução tecnológica nos suportes utilizados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais há um aumento na possibilidade de sobrevivência destes bebês.

Todavia, essa incorporação pode, em algumas situações, transformar o bebê em um objeto de cuidado e seus pais em meros observadores. Nesse sentido faz-se necessário que, paralelamente ao desenvolvimento tecnológico, seja promovida uma assistência humanizada,

que reconheça o bebê enquanto sujeito com individualidades, mantendo relações com seu cenário social.

A humanização da medicina iniciou-se na década de 60 e, em neonatologia, tem sido muito discutida em congressos e jornadas de pediatria, embora nem todos os profissionais estejam conscientes de sua importância (Braz, 1994-Lamy, 1995).

Muitas vezes essas mudanças demandam um tempo maior para que sejam incorporadas na prática. Somente a partir do conhecimento da vivência dos pais, que passam pela experiência de ter seu filho internado em uma UTI Neonatal atitudes mais positivas podem ser sugeridas (Lamy, 2005).

O objetivo deste trabalho é estabelecer o perfil das mães dos pacientes internados em UTIN, quanto à idade, número de consultas de pré-natal e tempo de internamento dos recém nascidos. Avaliar a percepção quanto ao atendimento, estado de saúde e prognóstico de seus filhos internados em UTN. Compreender suas angústias, mudança de rotina e hábitos de vida, gerados pelo nascimento de um bebê que necessita de cuidados especiais no início de sua vida. Saber a opinião dos pais em relação à equipe multidisciplinar, quanto à reunião dos pais bem como a avaliação do serviço da UTIN como um todo.

## MÉTODO

Foi elaborado um questionário constando de 33 perguntas objetivas (anexo 1), que foi aplicado às mães de maneira direta através de entrevista durante a alta ou durante o período de internamento. Foram coletados ainda dados adicionais como idade materna, número de gestações, número consultas de pré-natal, dados do nascimento do bebê, tempo de internação e desfecho do internamento.

Após a identificação, as perguntas iniciais fazem referência ao desenvolvimento da gestação, acompanhamento em pré-natal de risco, ciência através de exames pré-natais de malformações ou alterações de exames que indicariam a necessidade do internamento em UTI neonatal.

Seguem-se perguntas relacionadas ao parto e às informações referentes aos recém-nascidos fornecidas à mãe ainda na sala de parto pelo pediatra que fez o primeiro atendimento do bebê. As demais perguntas referem-se ao tratamento realizado ao RN na UTI neonatal, bem como às informações repassadas à família, ao contato com o médico assistente e ao sentimento

Os últimos questionamentos relacionam-se à reunião de pais, que é realizada com a equipe que atende os recém-nascidos, seguido da avaliação do serviço da UTIN.

Como questão aberta, foi sugerido que os pais tecessem um comentário ou mesmo dessem sugestões e/ou reclamações para a melhora do serviço.

## ESTRUTURA

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba é composta por 25 leitos divididos em 6 salas. Situa-se no 7º andar do hospital, anexa ao Centro Cirúrgico Obstétrico, que atende ao Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUEC, um dos hospitais responsáveis pelo pré-natal de risco da cidade de Curitiba. Disponibiliza também seus leitos para internação de recém-nascidos advindos de outros serviços, incluindo cidades do interior e do litoral do Paraná. Em média são internados na UTIN entre 45 e 57 pacientes por mês, e são realizados cerca de 250-350 partos/mês.

A equipe multiprofissional consta de médicos intensivistas neonatologistas e residentes de pediatria e neonatologia, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social e serviço da capelania do hospital, que atendem os pacientes e seus acompanhantes durante todo o internamento. Conta ainda com especialistas como radiologistas, cardiologista, nefrologista, cirurgia pediátrica, endocrinologista, neurologista, neurocirurgia e demais especialidades que são acionadas conforme a necessidade de cada caso.

## RESULTADOS

Os questionários foram aplicados de forma direta, através de entrevista realizada diretamente com a mãe. O período de estudo foi do mês de setembro e outubro de 2009.

Neste período, foram realizados 73 internamentos. Foram excluídos do estudo os recém-nascidos provenientes de outras cidades (7), os recém nascidos que foram encaminhados ao Conselho Tutelar (3) e 4 mães que se recusaram a preencher o questionário.

Foram computados 35 questionários que foram aplicados nas mães durante a alta dos bebês ou ainda durante o internamento, no período próximo à alta.

| Variável               | Extremos         | Média          |
|------------------------|------------------|----------------|
| Idade materna          | 17 – 43 anos     | 28,45 anos     |
| Tempo de internamento  | 2 – 83 dias      | 19,9 dias      |
| Consultas de pré-natal | 3 – 16 consultas | 7,22 consultas |

A idade materna variou entre 17 e 43 anos, com uma média de 28,45 anos. Todas fizeram consulta de pré-natal, sendo que a maioria acompanhou a gestação a partir do 3º mês, com uma média de 7,22 consultas.

Dentre as entrevistadas, 20(57,14%) tiveram alguma intercorrência durante a gravidez; 28(80%) foram consideradas como gestação de risco, sendo o motivo principal DHEG (12 –34,2%), seguido de gestante idosa (6– 17,14%), 5 adolescentes(14,2%), 3 usuárias de drogas(8,5%), 3 gestações de gêmeos (8,5%) e 3 diabéticas (8,5%), 1 grávida obesa (2,8%) e 2 por múltiplas

gestações(5,2%). A maioria do motivo do internamento deu-se devido à prematuridade (51,4%).

| Idade Gestacional (Parkim) | Pacientes |
|----------------------------|-----------|
| 27 semanas                 | 02        |
| 30 semanas                 | 04        |
| 33 semanas                 | 04        |
| 34 ½ semanas               | 06        |
| 36 semanas                 | 02        |
| 37 semanas                 | 08        |
| 38 ½ semanas               | 04        |
| 39 ½ semanas               | 04        |
| 40 semanas                 | 01        |

Dentre as entrevistadas, apenas 16 (45,7%) não fizeram uso de medicação para tratamento de doenças decorrentes da gestação (com exceção de analgésico e sulfato ferroso).

Somente 10 (28,5%) mães tinham ciência da possibilidade de internação do RN em UTI neonatal previamente ao parto e 25 (71,4%) não esperavam que o bebê necessitaria de cuidados intensivos.

Apenas 5 (14,28%) crianças apresentavam exames previamente alterados durante a gestação, detectados através de ecografia gestacional, sendo malformação o diagnóstico informado e confirmado.

Quando inqueridas sobre o porquê do internamento, 31 (88,5%) mães souberam responder.

Quanto à atenção destinada pelo pediatra na sala de parto, 31 (88,5%) mães relataram que tiveram informações logo após o parto sobre o motivo da necessidade de cuidados intensivos. O diagnóstico e o tratamento que seriam feitos ao bebê foram informados em 25 (71,4%) dos casos.

Apenas 26 (74,2%) mães entrevistadas viram o bebê antes do internamento na UTIN. A maioria relata que foi feito rapidamente.

Quanto ao atendimento na UTI neonatal, 32 (91,4%) mães relatam que foram informadas dos resultados de exames, 20 (57,14%) tem ciência do uso de medicação por seu bebê, e 17(48,5%) sabem o motivo da necessidade da medicação dada ao seu filho; 33 (94,2%) afirmaram ter notícias dadas pelo médico do estado do bebê, 3 não sabem se esta informação foi dada pelo médico.

A maioria das mães - um total de 22 (62,6%) - relata que não participam de decisões quanto ao tratamento do bebê. Todas relataram que recebem notícias diárias e 33 (94,2%) se sentem satisfeitas com as informações dadas a respeito da saúde do seu filho; 24 – (68,5%), referem que não foram informadas quanto à ocorrência de possíveis sequelas ou alteração de desenvolvimento de seu filho.

Quase a totalidade das mães refere que tem acesso ao médico responsável pelo filho, entretanto poucas sabem o nome do profissional.

Quanto à atenção profissional, 14 (40%) referem que recebem maior atenção do médico, 5 (14,2%) das enfermeiras e 15 (42,8%) referem receber atenção de todos os profissionais (médico, enfermeira, psicólogo, assistente social).

Nenhuma mãe refere que foram realizados procedimentos sem a autorização prévia. Todas referiram que foram informadas que elas receberiam alta sem o bebê.

Quanto ao sentimento antes de chegar a UTI neo, 16(45,7%) mães referem que se sentem ansiosas, 15 (42,8%) com medo e apenas 4 (11,4%) se sentem tranquilas.

Quanto à mudança da rotina em casa, 6 mães referem que a mudança principal deu-se no sono, 11(31,4%) estão mais ansiosas, 5 (14,2%) referem-se tristes, 7 (20%) irritadas e 4 (11,4%) tiveram problemas ou discussões com o marido ou companheiro. Cinco mães referiram que não houve alteração da rotina.

Quanto ao apoio em casa, 21 (60%) referem que tem apoio emocional maior pelo marido/companheiro, 17 (48,5%) dos pais/sogros, 7 dos filhos, 1 amigos e vizinhos, e nenhuma mãe referiu que se sente sozinha, desamparada. Algumas mães assinalaram mais de uma resposta.

Quando perguntadas quanto à facilidade em visitar o filho, 17 (48,5%) referiram não ter dificuldade, entretanto das 18 (51,4%) que referiram dificuldade 11(61%) informaram ser devido a dificuldade de transporte, 5 (27%) por não morarem na cidade, 1 mãe tem dificuldades devido ao trabalho e 1 devido a outros filhos. As mães de gêmeos relataram dificuldades aumentadas após a alta do primeiro gemelar.

Vinte (57,1%) mães afirmam que conseguem tirar todas as dúvidas após a visita dos pais, 15 (42,8%) referem que chegam em casa ainda com algumas dúvidas.

No quesito reunião dos pais, 21 (60%) afirmam que frequentaram a reunião, destas todas referem que gostaram da reunião, 12 (57,1%) referem que se sentiram bem por dividir a angústia com outros pais, 9 (42,8%) sentiram-se mais bem informadas.

As mães referem que recebem mais informação sobre o bebê na UTI neonatal e, das que fizeram parte da reunião de pais, a totalidade referiu que recebe informações na UTIN e na reunião.

Quanto à avaliação do atendimento da UTI, 5 (14,2%) relatam que consideram o atendimento bom, 17 (48,5%) ótimo e 13 (37,1%) excelente.

A última pergunta foi feita de maneira subjetiva, abrindo um adendo para sugestões de melhoria ou comentários adicionais. Dentre as sugestões de melhoria foi encontrado: queixas quanto ao corte do cabelo do RN para conseguir acesso venoso. Alguns pais gostariam que o horário de visitas fosse maior. As mães queixaram-se da falta de cadeiras e espaço para amamentação.

## DISCUSSÃO

Indubitavelmente o período de internamento do recém-nascido em UTI neonatal é estressante para os pais e familiares. A espera do bebê imaginário ou idealizado (Fraga, 2009) ocorre durante todo o período da gestação. Os pais imaginam como será seu filho quando nascer, com quem será parecido, quais características terá (Moreira, 2003). Quando finda a gestação e o concepto resulta em um filho doente ou prematuro, que necessita ser internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, tal acontecimento inesperado gera sentimentos assustadores, que causam impacto no cotidiano familiar (Fraga, 2009).

Na maioria dos casos, o internamento não era esperado, assim como o demonstrado neste estudo, pois quase a totalidade dos entrevistados não tinham diagnóstico anterior ao parto que sugeria a necessidade da internação.

O pré-natal, quando realizado, faz com que muitas alterações sejam detectadas precocemente, propiciando a intervenção e o acompanhamento profissional. As situações que podem ocasionar trabalho de parto prematuro, infecções e malformações congênitas são tratadas, monitoradas e informadas aos pais do futuro bebê (Cunha, 2000). Neste estudo, apesar do pré-natal iniciado no período correto, apenas 10 mães tinham a ciência prévia da possibilidade do internamento.

Vale salientar que, pelo fato de não ser esperada, a notícia do internamento e a informação referente ao mal estado de saúde do bebê serão dados em um momento em que, na maioria das vezes, a mãe encontra-se sozinha, ainda na sala de parto, recebendo cuidados após dar a luz ao seu filho. Esta se vê envolta em um misto de dor, felicidade e ansiedade em ver o seu filho tão desejado e idealizado durante a gestação. A abordagem do pediatra na sala de parto é de fundamental importância, pois será ele o portador da notícia do internamento. Este contato é imprescindível no processo de aceitação da mãe quanto ao estado de nascimento do seu filho.

No sistema de saúde utilizado no Brasil, até muito pouco tempo, a presença do pediatra na sala de parto não era necessária e sabe-se que esta ainda é a realidade em vários serviços do país. Entretanto desde 1993, o Ministério da Saúde reconheceu a importância da presença do pediatra na sala de parto através da Portaria 031/SAS/MS e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) entendeu a necessidade de se habilitar o pediatra para o atendimento ao bebê na sala de parto, dando início a uma estratégia de implementação do programa de reanimação no país (Magluta, 2009). No serviço avaliado neste trabalho (HUEC), a assistência neonatal é realizada pelo pediatra, habilitado no Curso de Reanimação da SBP e, caso necessário, auxiliado pelo Neonatologista.

Por muitas vezes o pediatra que faz o primeiro atendimento ao recém-nascido não teve um contato

prévio com a mãe. No caso de complicação durante o nascimento, além do correto atendimento ao RN e das manobras de reanimação, é importante o diálogo com a mãe. O simples fato de explicar as condições de nascimento, as complicações e/ou alterações encontradas pode auxiliar no processo de entendimento e diminuir as angústias geradas por este novo acontecimento. Muitas das mães entrevistadas relatam que sentiram-se ansiosas até poderem ver seus filhos. É compreensível que em alguns casos, devido à gravidade ou até mesmo à instabilidade do quadro inicial, torna-se inviável até mesmo uma breve demonstração do bebê a sua mãe, mas não se deve esquecer-se do direito que esta tem de ver seu filho. Este contato visual, por mais breve que seja, é relatado por muitas vezes como confortador. No nosso estudo, 9 mães relataram não ter visto seu filho logo após o nascimento.

Se não for possível, após encaminhamento para a UTIN, o pediatra da sala de parto deve se dispor a esclarecer as dúvidas e informar a mãe do estado real da saúde de seu conceito, por pior ou melhor que este seja, até que a mesma possa ir até a UTI para receber maiores informações.

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva é, sem dúvida, assustador. A alta complexidade tecnológica e até mesmo a terminologia utilizada pelos profissionais assusta quem desconhece. Gera estresse, ansiedade e angústia para os pais, que se defronta com aparelhos sofisticados e com diversos profissionais (Lamego, 2005).

A UTI é um ambiente que causa muitos temores e angústias aos pais, que sempre associam esse local à morte. Eles formulam ideias a partir de estereótipos a respeito desse local e isso dificulta a aceitação e a adaptação. Nos primeiros contatos com a UTI, os pais devem aprender o ambiente aos poucos e a equipe deve estar preparada para auxiliá-los nesta caminhada (Ramalhão e Dupas, 2003, citado por Tavares, 2006). A visão que o médico intensivista e dos profissionais que trabalham na UTI é diferente da visão dos pais e familiares, que carregam a imagem de doença grave, muitas vezes relaciona da a morte ou à gravidade do caso (Lamy, 1997).

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em geral é caracterizado por luminosidade intensa e barulhos desagradáveis produzidos por equipamentos, vozes, telefones, alarmes e fechamento das portas da incubadora. Essas características associadas aos procedimentos de assistência e a separação do binômio mãe-filho propiciam não só aos pais, mas também ao recém-nascido uma situação estressante, considerando-se que o ambiente uterino antes lhe fornecia aconchego e proteção (Silva, 2003).

O primeiro contato dos pais com o bebê já internado na UTI deve ser cuidadoso e acompanhado pelos profissionais, seja médico ou enfermeiro. As expectativas dos pais e a ansiedade de receber notícias deve ser entendida pelo profissional que atende à família.

O nascimento de uma criança simboliza festa e alegria, mas também provoca expectativas de alterações na rotina familiar, principalmente quando o nascimento é antecipado e/ou o recém-nascido apresenta algum agravo à sua saúde.

Neste sentido vários estudos são publicados, principalmente voltados aos profissionais de enfermagem, raros aos médicos, que preparam os profissionais para esta primeira abordagem.

Vale lembrar que quando o bebê fica internado, além da desestruturação da imagem do bebê idealizado, a rotina diária de toda a família, mas principalmente a materna, sofrerá rupturas, e a mobilização de seus membros em torno da recuperação da criança será desgastante (Silva, 2003). O vínculo com o bebê deve ser estabelecido desde o início. A importância do toque e do acompanhamento do tratamento deve ser salientada junto aos pais. Neste estudo viu-se que a ciência do motivo do internamento, a explicação do diagnóstico e o acompanhamento dos resultados dos exames, das medicações utilizadas e do boletim diário do estado de saúde do bebê ajudou as mães na compreensão da doença e na diminuição da ansiedade.

A maioria das entrevistadas não participou de decisões de tratamento dos seus filhos. A participação quanto às decisões do tratamento, principalmente nos casos mais graves, auxilia os pais a se sentirem mais atuantes neste momento difícil da vida de seus filhos (Arockiasamy e cols, 2008).

Muitas das informações repassadas à família são pouco ou mesmo parcialmente entendidas pelos familiares. A maioria das entrevistadas relatou estar satisfeita com as informações dadas pelos médicos durante a visita, entretanto não sabiam se haviam sido informadas quanto a possíveis seqüelas ou alteração de desenvolvimento de seus filhos. No contato com os pais, é sempre importante explicar o estado de saúde e as condições do tratamento de maneira simples, repetindo quando e o quanto necessário para a melhor compreensão. Solicitar, caso necessário, para os pais repetirem as informações dadas, para que o entendimento seja garantido.

O acesso ao médico assistente ou ao plantonista deve ser sempre facilitado, e em vários estudos demonstra-se a importância do atendimento dos enfermeiros e da relação médico-familiar, que deve ser sempre feita com empatia.

Todo e qualquer procedimento que seja realizado, em caráter eletivo ou de emergência, deve sempre seguir da autorização prévia dos pais ou familiares. Neste estudo nenhuma mãe referiu a realização de procedimentos sem autorização prévia.

A família, e principalmente a mãe, deve ser informada que poderá receber alta sem o bebê, e devem ser estimulados a estar sempre presentes, como peça fundamental para o tratamento e recuperação do bebê. Neste contexto, a família deve ser considerada como grupo social que promove afeto, principal força que

explica sua permanência na história da humanidade (Tavares, 2006).

Mello et AL (2002), em suas experiências na área materno-infantil, argumenta que os pais devem ser incentivados a participar ativamente dos cuidados prestados ao seu filho, como higiene, conforto e alimentação (Tavares, 2006). Na UTI estudada, o contato diário com a mãe é estimulado, tanto em cuidados simples de higiene como a troca de fraldas, quanto com a alimentação, seja esta pelo seio materno ou até mesmo na administração do complemento quando este está sendo utilizado.

A hospitalização da criança é uma situação de crise emocional para a família. Gaíva e Ferriani publicaram em estudo que durante todo o ciclo de vida as famílias estão sujeitas a dificuldades. São muitas as causas que podem levar um bebê a necessitar de UTI, e quando isso acontece, são muitos os conflitos para a família, que nem sempre está preparada para as chamadas crises situacionais ou inesperadas (Tavares, 2006).

A doença e a hospitalização do recém-nascido causam transtornos em toda a família, que sofre com a situação vivenciada pela criança e também por causa de uma desestruturação familiar (Wernet, 2003). No nosso estudo, a maioria das mães relatou a mudança da rotina em casa, principalmente quanto ao sono e a irritabilidade, muitas relatando inclusive problemas e brigas com o marido ou companheiro, confirmando os dados da literatura.

O apoio da família - seja do marido, dos pais, dos outros filhos ou amigos - foi ressaltado pelas mães como de fundamental importância.

Outro quesito demonstrado em nosso estudo foi a dificuldade em visitar o filho internado. A maioria da população atendida no HUEC provem de internamento via SUS, e encontra muita dificuldade quanto ao acesso ao hospital, seja pelo transporte, por morar em outra cidade ou mesmo por ter outros compromissos como trabalho e outros filhos em casa.

Os grupos de pais realizados com os familiares dos pacientes internados mostram-se de fundamental importância. Vários estudos citam os grupos como excelente terapia e uma forma de aproximar a família dos profissionais cuidadores de seus filhos. O presente estudo apenas confirmou esta constatação, uma vez que a totalidade dos pais que frequentaram a reunião de

pais relataram que se sentiram bem, seja por dividir suas angústias ou mesmo por receber maiores informações sobre cuidados e tratamentos realizados na UTI.

A união da tecnologia e do cuidado humanizado transforma um lugar de dor e sofrimento num ambiente capaz de inspirar esperança no futuro, no qual o bebê e seus pais tenham uma vida digna em família. (Cunha, 2000)

A maneira com que os pais são recebidos os faz confiar ou não na equipe de profissionais que cuida de seu filho. Portanto, os pais necessitam ser bem recebidos pelas pessoas a quem confiarão a vida de seu filho, pois isto os manterá seguros e próximos da equipe e, conseqüentemente, de seu bebê.

## CONCLUSÃO

No presente estudo não houve prevalência específica de faixa etária, também não houve predominância quanto ao número de gestações. A maioria apresentou alguma intercorrência durante a gravidez e eram consideradas como gestação de risco. Apesar de todas as entrevistadas terem feito consultas de pré-natal, a minoria apresentava alguma alteração que denotava previamente a necessidade do internamento, como reforçam os dados de literatura. Quanto às informações dadas às mães, a maioria soube relatar o motivo do internamento e o tratamento realizado aos seus filhos, sendo que a maioria recebeu as primeiras informações já na sala de parto.

As informações dadas durante o internamento também mostraram-se satisfatórias, entretanto a maioria relatou não ter sido informada a respeito das possíveis sequelas ou problemas de desenvolvimento, o que deve ser ressaltado aos pais, até mesmo pela importância do acompanhamento médico futuro.

As decisões quanto ao tratamento não foram discutidas com as mães, em contrapartida, nenhum procedimento de risco foi feito sem sua autorização.

A angústia e o medo que precedem a visita foi compartilhado entre todas as entrevistadas, assim como a mudança da rotina. O apoio dos familiares apresentou-se de suma importância, e a reunião dos pais foi representativa para a totalidade das entrevistadas que frequentaram a mesma, o que demonstra a importância deste diferencial ofertado pelo serviço.

Brites TAM, Roveda JBA, Ribas MM, Pascolat G, Shwetz EA, Cruz AS, Zindeluk JL, Vazquez MM, Speling PF, Francisco JAC. Perception of Mothers for Service State Of Health and its Prognosis Hospitalized Children In ICU Neonatal. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(2):25-31.

**ABSTRACT** - With the advent of high technology and the generation of increasingly advanced devices and drugs, it appears today that the incidence of preterm newborn survivors increases each day - more and more prematures and less weight. The Association of Obstetrics and Pediatrics services and recognition of Neonatology contributed to this growth. Combined with so much technology and development, sees the need for humanization of care professionals working in Neonatal Intensive Care Units. The focus should be given not only to the baby as a patient, but the family as a whole, as this plays an important role in the recovery of these little beings. Several studies has been launched in this regard, however few are focused on the evaluation of health care. This work was carried out to evaluate the perception of mothers regarding the care of their children admitted in the NICU, as the information on the condition, treatment and prognosis of the baby. It was also evaluated the degree of anxiety and relevance group meetings as therapeutic and psychological support to the family.

**KEYWORDS** - Perception, Prognosis, Hospitalization, ICU Neonatal.

## REFERÊNCIAS

1. Arockiasamy V, Hosti L, Albersheim S. Father's experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics* 2008, v.121.
2. Bráz M. O indivíduo , o sujeito e a alma: psicologia médica e a visão holística. Uma interpretação histórica (Dissertação Mestrado). Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ; 1994.
3. Cunha MLC. A vivência de pais e mães. *R. Gaúcha Enferm.* 2000; V.21: 70-83.
4. Ferraz AR, Guimarães H. História da neonatologia no mundo. Disponível em <http://www.luso neonatologia.net/usr/files/publications/ta1ace-df410d2a29e62636e087ea4f19.pdf>
5. Gaiva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. *Rev. Bras. Enferm* 2005; 58: 444-448.
6. Lamego DTC, Deslandes SF, Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; v10, n3.
7. Lamy ZC. Estudo das situações vivenciadas por pais de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal (Dissertação Mestrado). Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ; 1995.
8. Lamy ZC, Gomes R, Carvalho M. Parents perceptions of their infants hospitalization in a neonatal intensive care unit. *Jornal de Pediatria* 1997; v73, n5.
9. Leone CR, Tranchin DMR. A assistência integrada ao recém nascido. 1ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
10. Lussky RC. A century of neonatal medicine. *Minnesot Med Assoc* 1999; 82: 1-8.
11. Magluta C et al. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2009; v9, n3.
12. Mello DF, Rocha SMM, Martins DC, Chiozi SZ. Cuidados maternos a crianças de baixo peso ao nascer. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2002; 36: 34-41.
13. Moreira M, Braga N, Morsch D. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
14. Padovani FHP, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarte G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante a hospitalização em UTI neonatal. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; (cited 2009) 26:251-254.
15. Partridge JC, Martinez AM, Nishida H, Boo NY, Tan KW, Yeng CH, Lu JH, Yu VYH. International comparison of care for very low birth weight infants: parent's perceptions of counseling and decision making. *Pediatrics* 2005; 116:2.
16. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2003;11:539-543.
17. Secretaria de Estado de Saúde, Governo do Distrito Federal. A importância do Curso de Reanimação Neonatal. Disponível em [http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=67857](http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=67857).
18. Serra SOA, Vieira MA, Scochi CGS. Fatores perinatais relacionados com casos de óbitos de recém-nascidos prematuros assistidos na UTIN de um hospital-escola. *Pediatria Atual* 2001; 14: 23-28.
19. Silva FMAC. O significado e a percepção da UTI neonatal para a mãe de um bebê internado. Nemeton / Hospital Brigadeiro. Disponível em [http://www.psicoeexistencial.com.br/arquivos/significado\\_uti\\_neonatal.pdf](http://www.psicoeexistencial.com.br/arquivos/significado_uti_neonatal.pdf)
20. Tavares AS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Atenção e cuidado à família do recém-nascido em unidade neonatal: perspectivas da equipe de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2006; 5: 193-203.
21. Wigert H, Hellstrom AL, Berg M. Conditions for parent's participation in the care of their child in neonatal intensive care – a field study. *BMC Pediatr.* 2008.