

**Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Regional da Asa Sul
Residência em Neonatologia**

**A UTI Neonatal:
Uma Visão Materna**

**Autora: Dra Georgea A Bolwerk
Preceptora: Dra Évely M.S.França**

**Brasília,DF
SES/DF
Outubro,2008
www.paulomargotto.com.br**

**Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Regional da Asa Sul
Residência em Neonatologia**

**A UTI Neonatal:
Uma Visão Materna**

Autora: Dra Georgea A Bolwerk

Monografia apresentada ao Supervisor do Programa de Residência em Neonatologia da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Neonatologia sob orientação da Dra Évely Mirela Santos França

Brasília,DF
SES/DF
Outubro,2008

Georgea Alencar Bolwerk

A UTI Neonatal: Uma Visão Materna

Monografia apresentada ao Supervisor do Programa de Residência em Neonatologia da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Neonatologia sob orientação da Dra Évely Mirela Santos França

Banca examinadora

Mauro Proença Baças

Mércia M Fernandes de Lima

Brasília,DF
SES/DF
Outubro,2008

Agradecimentos

À doutora Évely Mirela Santos França, pela orientação na elaboração
precisa do trabalho.

À todas às mães que participaram do trabalho, por se empenharem em
responder o questionário de forma voluntária, permitindo que este trabalho
contribua com melhorias na unidade de terapia intensiva neonatal, em favor dos
nossos pequeninos pacientes.

A UTI Neonatal: Uma Visão Materna

Apesar do grande esforço no sentido de humanizar os cuidados nas unidades de terapia intensivas, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante.

Este estudo de natureza qualitativa, foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Regional da Asa sul (HRAS) com o objetivo de conhecer a opinião de mães que acompanharam seus filhos, durante o período de internação, por no mínimo três semanas, em relação ao ambiente em que esta inserido o binômio mãe-filho.

Como método, aplicou-se um questionário contendo treze perguntas de múltipla escolha, que foi respondido por vinte e cinco mães, e compararam-se os resultados durante a primeira e terceira semana de internação.

A maioria das respostas obtidas não se alterou entre a primeira e a terceira semana de internação, mostrando uma satisfação com o ambiente em que seu filho se encontrava. Porém, houve mudança significativa de opinião em relação a dois quesitos avaliados: no que diz respeito ao apoio psicológico oferecido às mães pela equipe multiprofissional, e nas informações prestadas pelos médicos às mães durante a internação, nos quais ocorreu uma piora da opinião em 20%.

The neonatal ICU: A Vision Maternal

Despite considerable effort to humanize medical care in the intensive care units, this is a difficult task because demand attitudes sometimes individual against an entire system technological dominance.

This study of a qualitative nature, was conducted in the Neonatal Intensive Care Unit (ICU) of the south wing of the Regional Hospital (HRAS), in order to know the opinion of mothers who accompanied their children, during hospitalization, for at least three weeks, on the environment in which it inserted the binomial mother-son.

As method was applied a questionnaire containing thirteen questions of multiple choice, which was answered by twenty-five mothers, and compared the results during the first and third weeks of hospitalization.

Most of the responses obtained did not change between the first and third weeks of hospitalization, showing a satisfaction with the environment in which his son was. However, there was a significant change of opinion on two questions evaluated: with regard to the psychological support offered to mothers for the team, and the information provided by doctors to mothers during hospitalization, which occurred in a worsening of view by 20 %.

Lista de abreviaturas e siglas

HRAS – Hospital Regional da Asa Sul

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

ALCON – Alojamento Conjunto

PNHAH – Programa Nacional de Humanização a Assistência Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
METODOLOGIA	14
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO	30
CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXO	35

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade perinatal e neonatal tem diminuído a cada ano, em especial entre os pequenos prematuros, tendo como um dos marcos a instalação de modernas unidades neonatais equipadas com recursos humanos e tecnologias complexas e especializadas.^{9,11,13}

A prematuridade e o baixo peso constituem importantes causas básicas ou associadas à mortalidade perinatal, neonatal e infantil. O risco de morbimortalidade é maior quanto menor a idade gestacional e o peso de nascimento, havendo risco na adaptação à vida extra-uterina devido a imaturidade dos órgãos e sistemas. Assim, o recém-nascido pré-termo e de baixo peso está sujeito ao duplo risco, social e biológico, podendo ocorrer prejuízos em seu processo de crescimento e desenvolvimento.^{10,13}

Lamy (1995) e Gomes (1992), ao estudarem as situações vivenciadas por pais de RN internados na UTI neonatal, constataram que a fragilidade e a insegurança adicionados ao sentimento de culpa, por se responsabilizarem pelas necessidades de saúde do filho, ocasionava neles um grande estresse psicológico, principalmente à mãe.^{4,6,15}

A assistência aos pais e a participação da família nos cuidados hospitalares desses neonatos tem sido prioridade nos serviços de neonatologia. O longo período de internação dos bebês e a privação do ambiente aumentam o estresse da mãe e da família, o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego.^{5,8,12}

A partir da segunda metade do século XX, os estudos a respeito da relação mãe e filho são fortemente marcados por teorias psicanalíticas. John Bowlby,

psicanalista e psiquiatra, realizou os primeiros estudos sobre a importância da ligação emocional entre mãe-filho e, por meio da formulação da teoria do apego, possibilitou uma nova forma de pensar o vínculo mãe-filho e as repercussões no desenvolvimento decorrente da separação precoce (BRETHERTON 1992).²

Na literatura, a ligação emocional entre mãe e filho é denominada pelos termos “apego” e “vínculo”, por isso considero necessário explicar a diferença entre os dois termos, no qual apego foi definido por Bowlby como uma ligação emocional do bebê para com a sua mãe, e vínculo à ligação emocional dos pais em relação ao filho.²

Alguns estudos enfatizam a importância dos cuidados maternos e da permanência das mães junto aos filhos, durante a hospitalização, apresentando reflexões sobre a influência e os danos da separação mãe-filho. A partir desse princípio nasceu o método mãe canguru, técnica desenvolvida na Colômbia e trazida às maternidades brasileiras por meio da neonatologista pernambucana Geisy Lima no final da década de 80. A base do método é manter o bebê junto ao corpo materno, na altura do peito envolvido por uma faixa, mantendo o contato pele a pele promovendo todos os benefícios na relação mãe-filho.¹⁰

A saúde, hoje vem trabalhando com a visão de um novo paradigma, que é a da atenção humanizada à criança, à mãe, e à família respeitando-as em suas características e individualidades. O significado cultural do cuidado humanizado em UTI é algo muito falado e pouco vivido^{1,14}. Há a necessidade de se aprofundar o conhecimento da humanização à assistência na UTI.⁵ O Ministério da Saúde criou, em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)¹⁰, com o objetivo de humanizar a assistência hospitalar prestada aos pacientes que buscam atendimento nos hospitais

públicos, e, em 2003, juntamente com os demais programas de humanização preexistentes, o PNHAH transformou-se em uma Política Nacional de Humanização, o Humaniza-SUS, abrangendo a saúde pública como um todo.³

Quando um recém-nascido prematuro é levado para a UTI, encontrará um ambiente extremamente diferente do intra-útero. O nível sonoro é alto, as luzes fortes e contínuas. O meio ambiente nem sempre permite flexão adequada, e a ação da gravidade impede muitos dos seus movimentos. Neste novo ambiente o RN passa a ser extremamente manipulado (principalmente na fase crítica da internação), tanto para cuidados de rotina como para procedimentos invasivos e até dolorosos.^{8,11}

É importante enfatizar que os recém-nascidos reagem diante desse ambiente com algum gasto energético, podendo refletir negativamente, em termos fisiológicos, no desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC) e na interação mãe-filho.

Alguns estudos apontam as influências do ambiente da unidade de terapia intensiva no desenvolvimento do bebê.^{9,10}

Os sistemas se desenvolvem na vida intra-uterina seguindo a seqüência tátil, vestibular, auditivo, olfato/ gustativo e visual.¹⁰

O primeiro sistema a desenvolver no feto é o tátil, começando no pólo bucal com 7 a 8 semanas, e com 20 semanas atinge sensibilidade em todo o corpo. O bebê é submetido ao toque intrusivo, ao toque interacional dos pais, e eventualmente da equipe, podendo reagir negativamente por meio de respostas comportamentais e fisiológicas.¹⁰

O pré-termo é muito mais sensível a dor que os de termo, devido a alta capacidade de percepção e a pouca capacidade de inibir a dor.¹⁰

O sistema vestibular é o segundo a se desenvolver no feto. Durante o período que está na UTI o RN recebe poucos estímulos vestibulares, e sua função pode ser afetada por antibióticos.¹⁰

O terceiro sistema a amadurecer em termos anatômicos e fisiológicos é o auditivo. Enquanto está dentro do útero, é exposto a um ruído basal de 28 dB (sons vasculares e digestivos) ao qual se superpõem em mais 25 dB os batimentos cardíacos e a voz materna. O feto encontra-se protegido de ruídos externos, uma vez que a parede uterina e o líquido amniótico reduzem até 35 dB os sons intensos, e a audição, apenas pela via óssea, acarreta uma diminuição adicional de 30 db. Na UTI, perdendo a proteção uterina e passando a escutar pela via aérea, o bebê pré-termo fica exposto a ruídos bastante elevados, muito acima dos limites de 55 dB recomendado pela Academia Americana de Pediatria.¹⁰

A partir de 29 a 32 semanas já existe resposta de sucção ou de acordar diante de odores agradáveis, ou resposta de fuga a odores aversivos, o que representa a maturação dos sistemas olfato/ gustativo.¹⁰

O sistema visual é o último a se desenvolver, e grande parte de sua maturação será efetuado após o nascimento, por meio de interação com o meio. Dentro do útero o feto fica exposto a pouca iluminação, predominando o comprimento de onda vermelha, com variação dia-noite. O prematuro apresenta características de anatomia ocular que faz com que maior quantidade de luz atinja sua retina, respondendo muito mais que os adultos aos níveis elevados de iluminação da UTI.¹⁰

O presente estudo tem como objetivo avaliar a opinião das mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Regional da Asa Sul, com

ênfoque no contexto físico da unidade, no que diz respeito à iluminação e a sonoridade, na integração da equipe multiprofissional e nos cuidados com o recém-nascido, comparando dados coletados durante a primeira e a terceira semana de internação dos recém-nascidos ,com base no tempo de internação prolongado desses bebês, associado à permanência materna e à sua participação no convívio diário com o RN.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa, realizado no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), referência para as gestações de alto e médio risco, para recém-nascidos com patologias cirúrgicas ou com insuficiência respiratória do Distrito Federal e estados vizinhos, com um saldo anual médio de 8.400 partos/ ano, e uma média de 120 novas internações por mês na UTIN, totalizando uma média de 1.440 internações/ ano.

A população de estudo foi baseada numa amostra aleatória de 25 mães de recém-nascidos internados na UTI do HRAS, no período de 10 Junho a 17 de Agosto de 2008, que acompanharam os RN durante o período de internação. Ressaltando que as mães têm livre acesso a unidade neonatal, podendo portanto, estar presente em tempo integral no cuidado com o recém-nascido.

Os dados foram obtidos por meio de um questionário (Anexo 1) entregue às mães, contendo treze (13) perguntas de múltipla escolha, que foram respondidas no decorrer da primeira semana, e depois na terceira semana de internação do recém-nascido.

Durante o período de coleta dos dados foram admitidos 111 RN; dos quais 86 foram excluídos. Os fatores de exclusão foram: óbitos, e transferências para o alojamento conjunto patológico (ALCON) e/ ou berçários das outras regionais, não completando o protocolo de três semanas de internação; os questionários com dupla interpretação nas respostas e os questionários não completados na terceira semana de internação pelo não comparecimento da mãe, também foram excluídos.

Para analisar os questionários utilizou-se o software SPSS
(*Statistical Package for Social Science*) versão 13.0.

3 RESULTADOS

Durante os meses de junho, julho e agosto de 2008, foram internados 111 pacientes na UTI neonatal do HRAS.(Gráfico1)

Dos 111 pacientes que estavam aptos a participarem da pesquisa 86 (68%) foram excluídos do trabalho, alguns por motivo de transferência (ALCON ou outras regionais) ou por óbito. O mês de Junho teve um total de 28 internações; neste mês ocorreu diminuição no número total de leitos da unidade, por motivos administrativos. Dos 28 pacientes internados 16 (57,1%) foram excluídos: 6 (37,5%) foram transferidos para o ALCON, 8 (50%) transferidos para outras regionais e 2 (12%) foram a óbitos antes de completarem a terceira semana de internação. No mês de julho ocorreram 51 novas internações, sendo que 31 (60,7%) foram excluídos: 14 (45%) foram para o ALCON, 13 (41,9%) para outras regionais e 4 (12,9%) a óbitos antes da terceira semana de internação. Em agosto, até o dia 17, trinta e dois (32) RN foram internados ,sendo que 24 (75%) foram excluídos: 13 (54%) foram para o ALCON, 6 (25%) para outras regionais e 5 (20,8%) foram a óbitos. (Gráfico 2)

Analises dos dados demográficos

As mães que responderam o questionário tinham entre 16 e 35 anos, com idade média de 24 anos. A maioria (64%) era procedente das cidades satélites do DF, 8% não respondeu e 28 % eram de outros estados. (Tabela 1)

Em relação a escolaridade 9 (36%) cursaram até o ensino fundamental incompleto, 7 (28%) o fundamental completo, 8 (32%) o ensino médio completo e 1 (4%) o ensino superior incompleto.

Quanto ao estado civil, 56% declararam -se solteiras e 44% casadas. Cerca de 56% das mães estavam na primeira gestação; três (12%) já tiveram outro filho internado na UTI neonatal antes dessa gestação.

Dos recém-nascidos internados na UTI neonatal 64% eram do sexo masculino e 36% do sexo feminino.

Quanto ao peso de nascimento três (12%) pesaram até 1000g, nove (32%) pesaram de 1000g a 1500g, seis (28%) de 1501g a 2000g, um (4%) de 2001g a 2500g, três (12%) de 2501 a 3000g e três (12%) pesaram mais de 3000g. (Gráfico 3)

O tempo de gestação variou de 26 a 40 semanas, durando em média 32 semanas de idade gestacional. Sendo que a idade gestacional está correlacionada diretamente ao peso do RN, com significância estatística testada pelo Teste de Correlação de Spearman ($p=0,000$).

Avaliação dos questionários

Com relação ao “Espaço Físico” as mães não mudaram de opinião da 1ª para a 3ª semana e, nesse caso, foi considerado Ótima.(Gráfico 4)

No item “Cuidados oferecidos ao RN pela equipe de enfermagem” apenas 4% das mães mudaram a opinião de Ótimo para Bom. De uma maneira geral, 68% das mães julgaram os cuidados oferecidos como Bom.(Gráfico 5)

Quanto à “Quantidade e ao tempo de manuseio do RN” as mães opinaram como Necessária. Porém 16% mudaram de opinião na 3ª semana, de Necessária para Excessiva, mas 20% na 3ª semana, mudaram de opinião de Pouco para Necessária, afirmando ser o tempo necessário para o cuidado do filho. (Gráfico 6)

A “Iluminação” foi considerada Normal por 88% das mães durante as três semanas de internação. Apenas 8% a considerou excessiva e não mudaram de opinião. (Gráfico 7)

A maioria das mães (76%) considera os “Sons e ruídos presentes” como Normal durante o período de avaliação. Ao término da 3ª semana 20% das mães declararam os sons e ruídos como Excessivos e 76% como Normal. Quem mudou de opinião foi de Excessiva para Normal (8%) e de Normal para Excessiva (8%). (Gráfico 8)

A “Interação da equipe de enfermagem com as mães” foi considerada Ótima por 24% das mães e Boa por 72%. O restante, 8%, acharam essa interação com a enfermagem Regular. A opinião melhorou de Bom para Ótimo em 16% e de Regular para Bom (16%). (Gráfico 9)

A opinião de 12% das mães piorou na 3ª semana com relação à “Interação com a equipe médica”, antes, 13,6% avaliaram essa interação como Ótima, mas na 3ª semana classificaram como Boa. Mas num geral (88%) das mães acham essa relação com a equipe médica boa. (Gráfico 10)

O item “Informações da equipe médica” teve uma piora na opinião de cinco (20%) das mães que mudaram suas respostas de Satisfatórias para Regulares. Porém quatro (16%) mudou a opinião de Regular para Satisfatória.

Mas a maioria (64%) avaliaram esta questão como Satisfatória, $p=0,03$. (Gráfico 11)

Quanto ao apoio psicológico, esta foi a outra questão que apresentou mudanças estatisticamente significativas nas respostas. Na 1ª semana o “Apoio psicológico oferecido pela equipe multiprofissional” foi considerado por 100% das mães com Bom e Ótimo, mas na 3ª semana cinco (20%) modificaram suas respostas para Regular, $p=0,03$ (Gráfico12)

A “Interação entre as mães” foi considerada Boa por 20 (80%) das mães avaliadas, e melhorou nas semanas de internação, pois houve mudança na opinião de quatro (16%) de Regular para Bom, contudo uma (4%) achou que piorou. (Gráfico 13)

O “Cuidado da equipe multiprofissional em relação à dor e ao conforto do RN” foi considerado Bom por 20 (80%) das entrevistadas, e melhorou na opinião de três (12%) durante o período de internação, porém duas (8%) não observaram melhora nesta questão. (Gráfico 14)

No cuidado com a administração da dieta do RN as mães classificaram o trabalho da equipe de enfermagem como Bom em 60% na 1ª semana. Durante a internação sete (28%) modificaram suas respostas classificando-as como Ótimo, e três (12%) avaliaram como pior. (Gráfico15)

O “Cuidado da equipe de enfermagem com o banho do RN” foi considerado Bom por 64% das mães na primeira semana. Nove (36%) evidenciou melhora,

enquanto três (12%) piora, no fim da 3ª semana de internação. E 13 (52%) mantiveram a mesma opinião. (Gráfico 16)

Tabela 1: Local de Procedência

Local de Procedência	Frequência	%
Não respondeu	2	8,0
Ceilândia	3	12,0
Formosa/GO	1	4,0
Gama	1	4,0
Goiânia/GO	1	4,0
Lago Norte	1	4,0
Mambaú/GO	1	4,0
Paracatu/MG	1	4,0
Paranoá	1	4,0
Planaltina	1	4,0
Rio de Janeiro/RJ	1	4,0
Samambaia	3	12,0
Santa Maria	1	4,0
São Sebastião	2	8,0
Sobradinho	1	4,0
Taguatinga	2	8,0
Unai/MG	1	4,0
Urucuia/MG	1	4,0
Total	25	100,0

Tabela 2: Escolaridade da mãe

Escolaridade	Frequência	%
Ensino Fundamental Incompleto	9	36,0
Ensino Fundamental Completo	7	28,0
Ensino Médio completo	8	32,0
Ensino Superior incompleto	1	4,0
Total	25	100,0

Gráfico 1: Percentual de pacientes internados por mês

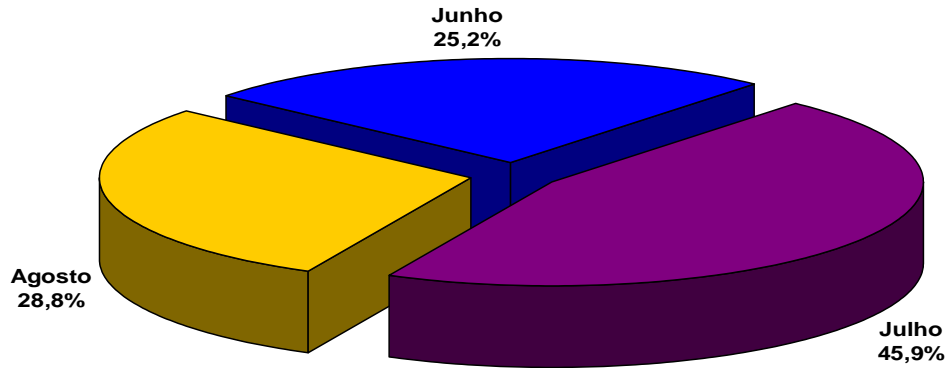


Gráfico 2: Percentual de pacientes excluídos do estudo por mês

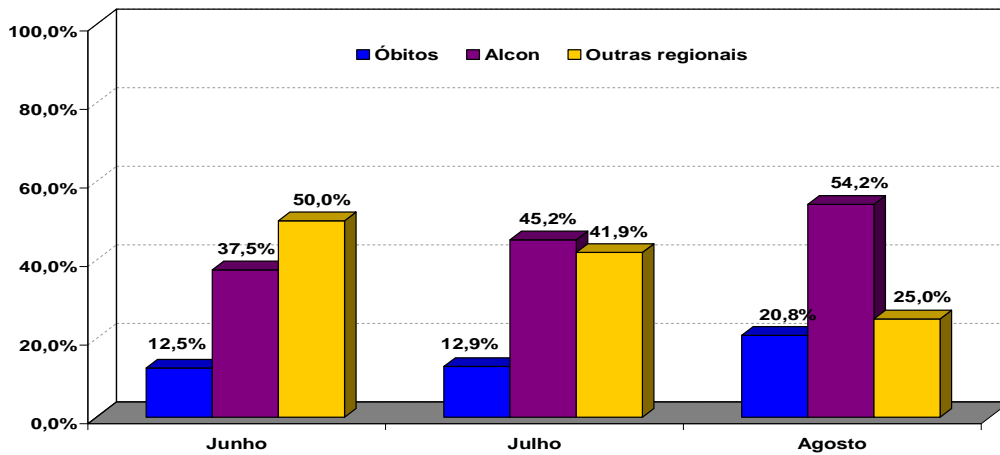


Gráfico 3: Percentual de RN por faixa de peso

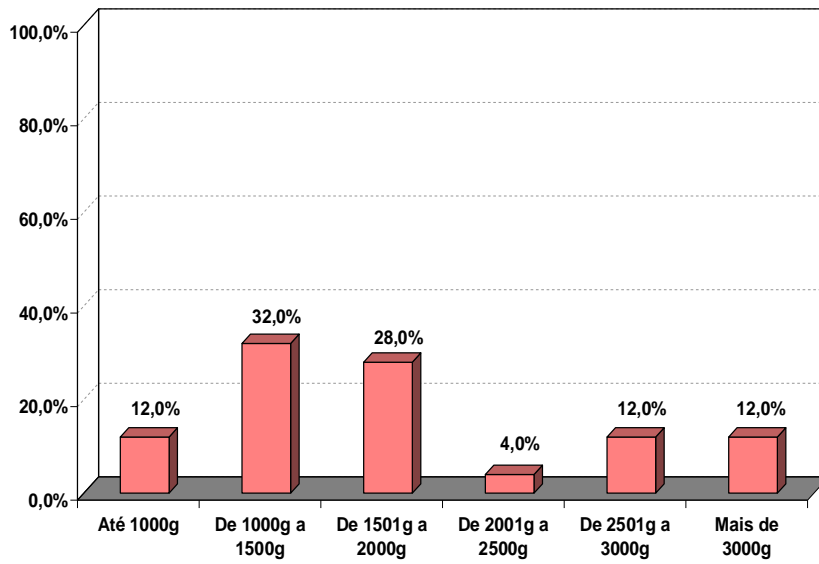


Gráfico 4: Espaço Físico

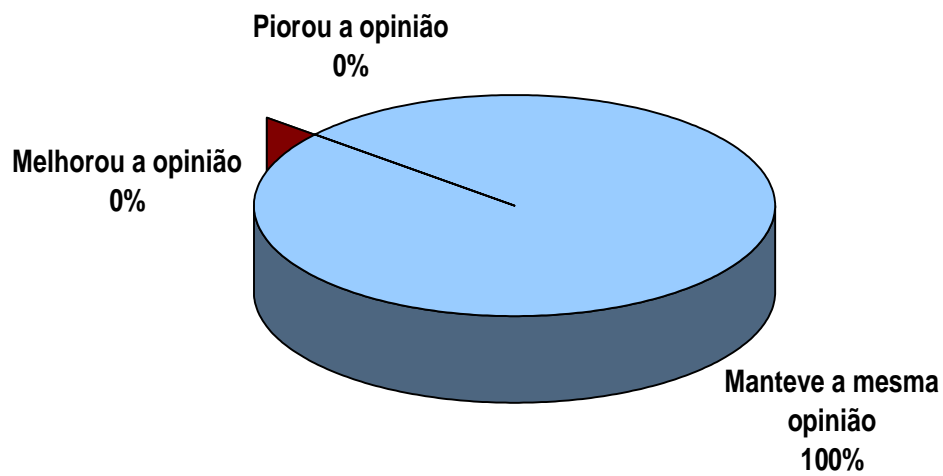


Gráfico 5: Cuidados oferecidos ao RN pela equipe de enfermagem

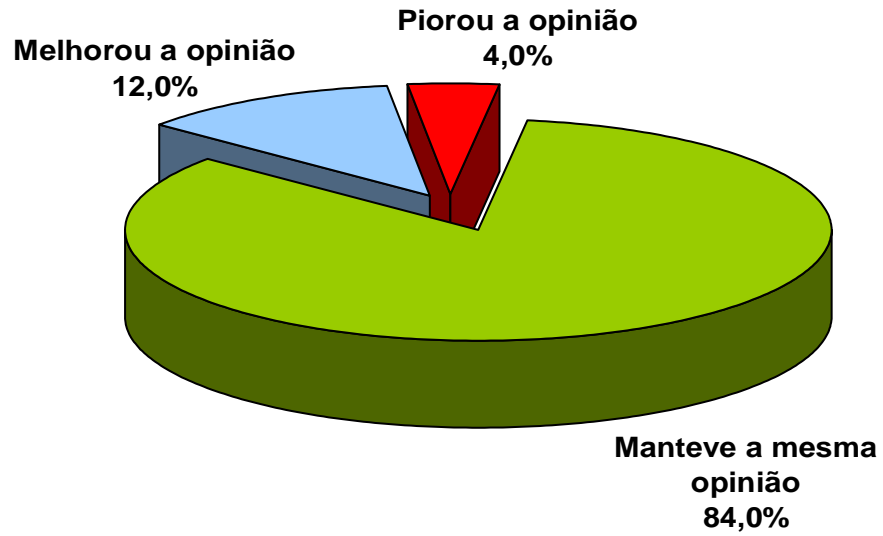


Gráfico 6: Quantidade e tempo de manuseio com o RN

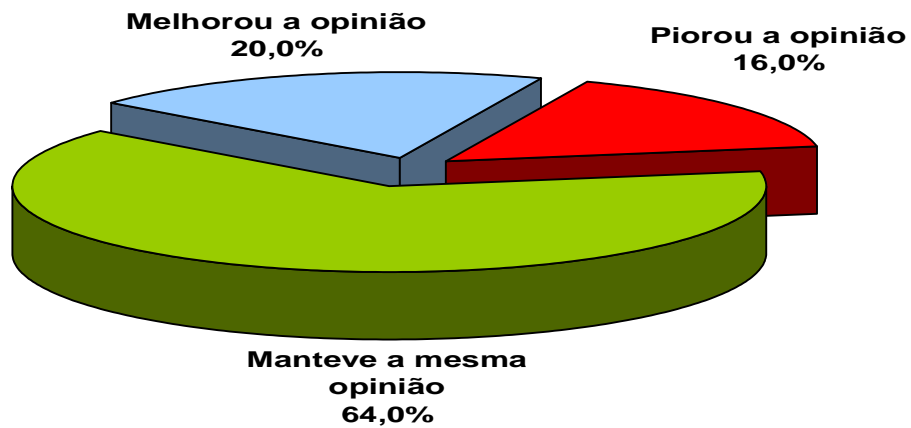


Gráfico 7: Iluminação

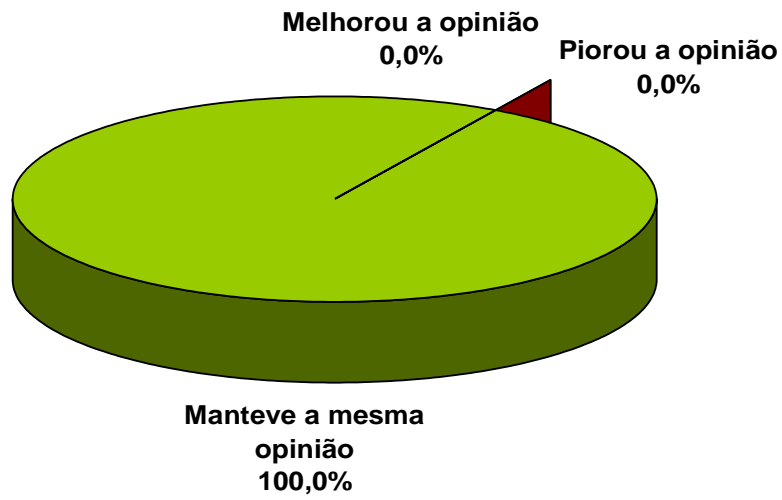


Gráfico 8: Sons e ruídos presentes



Gráfico 9: Interação da equipe de enfermagem com as mães

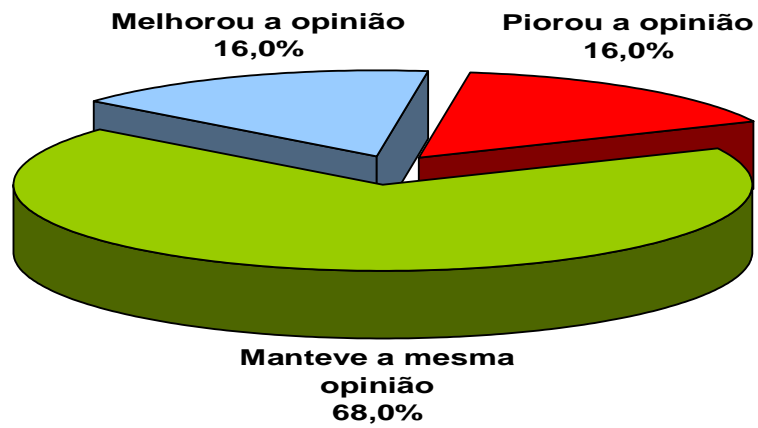


Gráfico 10: Interação da equipe médica com as mães



Gráfico 11: Informações da equipe médica às mães

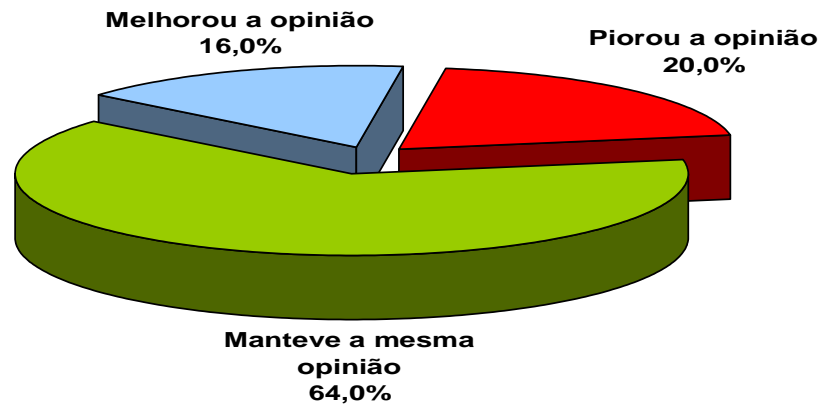


Gráfico12: Apoio psicológico oferecido às mães pela equipe multiprofissional

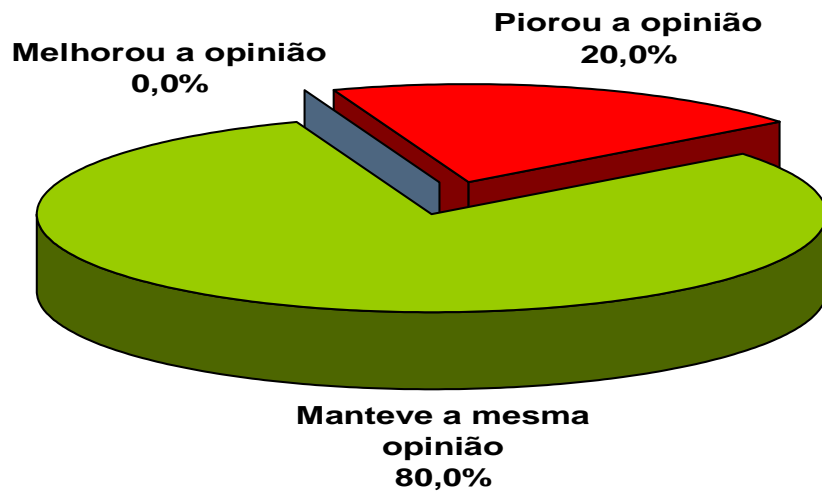


Gráfico 13: Interação entre as mães

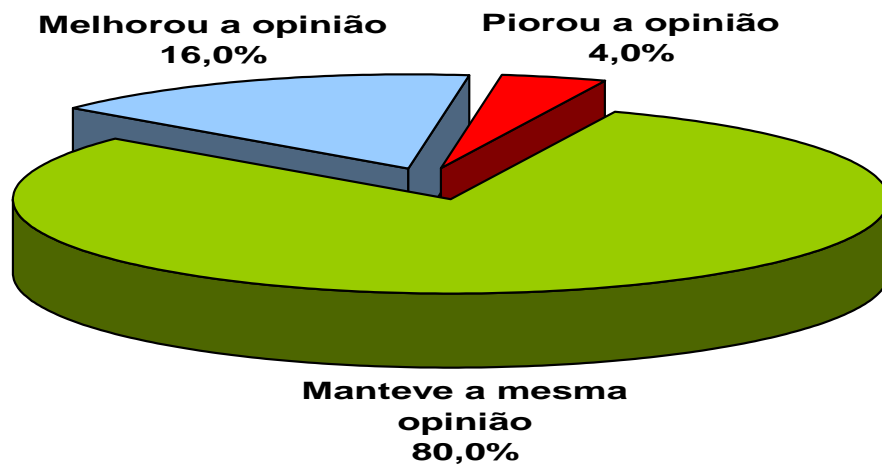


Gráfico 14: Cuidado da equipe multiprofissional em relação à dor e ao conforto do RN

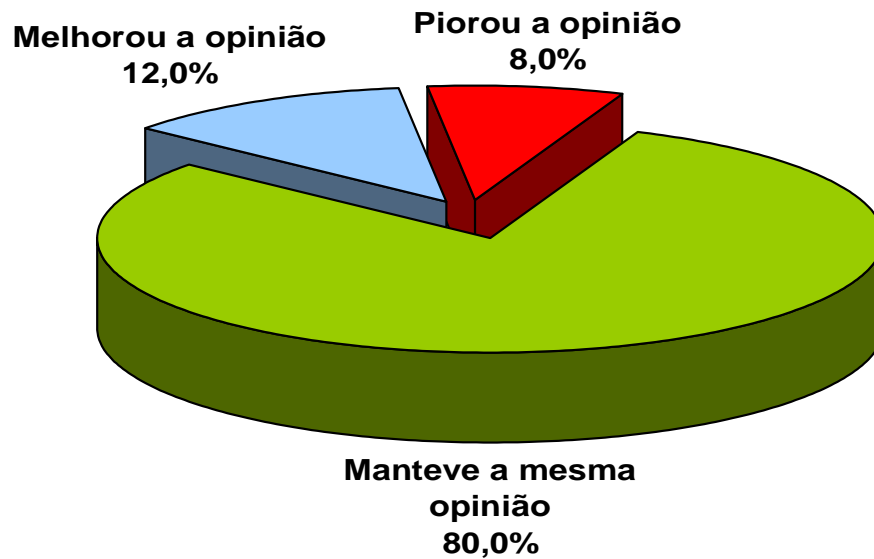


Gráfico 15: Cuidado da equipe de enfermagem na administração da dieta do RN

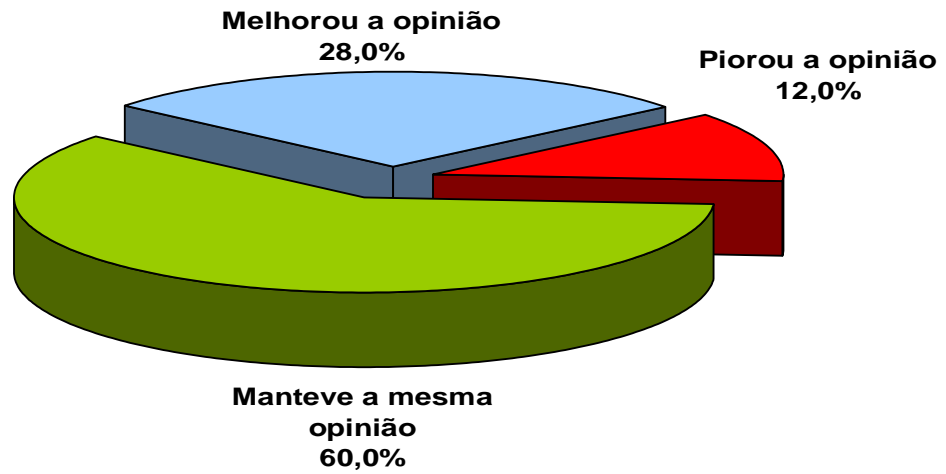
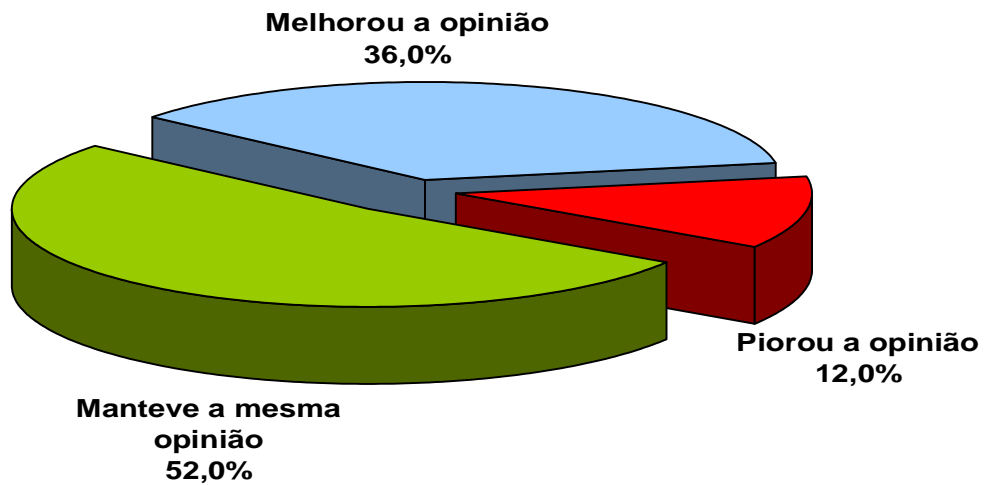


Gráfico 16: Cuidado da equipe de enfermagem no banho do RN



4 DISCUSSÃO

Recentes estudos têm comprovado que o fortalecimento do vínculo mãe-filho, durante o período de internação nas UTINs, colabora para a melhoria das taxas de morbimortalidade.

Os cuidados com o manuseio mínimo, a organização e o posicionamento adequado no leito, medidas de prevenção contra o estresse, melhorias na estrutura física, adequação da iluminação e na sonoridade do ambiente, cuidados com o toque, associados à presença dos pais são fatores sabidamente importantes para a evolução favorável dos pacientes.

A presença da mãe é capaz de fornecer informações que colaboram para a melhoria da estruturação das unidades, em relação ao ambiente físico e de recursos humanos.

Os resultados deste estudo indicam que não houve impacto na opinião das mães em relação ao ambiente físico e aos cuidados com o RN, e a interação entre as mães, durante as três semanas de internação. Isto pode ser explicado pelo nível de escolaridade, pelo despreparo e inexperiência em relação à presença numa unidade de terapia intensiva, separação da família, criando novos vínculos com a equipe e com outras mães. Durante a internação do RN muitas mães permanecem no hospital, seja na maternidade ou na mãe “nutris”, local reservado para mães que receberam alta e amamentam seus filhos.

Quanto aos itens de apoio psicológico e interação com a equipe médica, refletem o despreparo da equipe em fornecer às famílias condições de se adaptarem à atual condição adversa, muitas vezes inesperada e súbita. O vocabulário utilizado e modo de fornecer as informações nem sempre leva em

considerações o estado emocional, o nível cultural e a condição sócio-econômica da mãe.

Muitas são as situações de estresse pelas quais passam os pacientes, que se refletem no desempenho da equipe e que preocupam os pais.

A criação de grupos de apoio aos pais, a presença da equipe de psicólogos a freqüência de reuniões com caráter de esclarecimento seriam capazes de minimizar este cenário.

É necessária a formação de cursos de reciclagem periódicos que incentivem as práticas de humanização e o fortalecimento do método Canguru, com apoio de toda equipe multiprofissional para o bom desenvolvimento psicanalítico dos recém-nascidos, favorecido pela presença dos pais na unidade.

5 CONCLUSÃO

No geral as mães que tinham seus bebês internadas na UTI neonatal do HRAS consideraram as questões relacionadas aos cuidados recebido como Boas ou Ótimas da 1ª para a 3ª semana. Apenas nos itens que tratavam da “Interação da equipe médica” e do “Apoio psicológico oferecido” é que houve mudança de opinião caindo do Ótimo para Bom, e do Bom para o Regular

O Teste dos Sinais mostrou significância estatística ($p=0,03$) na mudança de opinião das mães somente no item “Apoio psicológico oferecido às mães pela equipe multiprofissional”, onde 20% das mães mudaram do conceito “Bom” para Regular na 3ª semana de internação piorando a opinião com relação a semana anterior, ou seja, é o único item em que se pode afirmar, estatisticamente, a mudança de opinião das mães.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 . Bousso SR,Pauli CM.Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica Rev latino –Am.Enfermagem vol 11 n. 3 Ribeirão Preto may/june 2003
- 2 .BRETHERTON,I. The originales of attachment theory: John Bowbly and Mary Ainsworth. Developmental Psychology, Washington. V 28 n 5 p 759-775.1992
- 3 .Esc Anna Nery .Unidade de terapia intensiva considerações da literatura a cerca das dificuldades e estratégias para sua humanização.v 10 n 2 Rio de Janeiro.Ago 2006
- 4 .Gomes,MMF Ter um filho internado na unidade de terapia intensive neonatal: O significado para os pais. Dissertação,Escola paulista de medicina 1992
5. Lamego DTC,Deslandes SF,Moreira MEL.Desafios para a humanização do cuidado em unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica
- 6 .Lamy ZC.Estudo da situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva.Dissertação.Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro-1995 p200
- 7 .Lamy ZC.Avaliação dos resultados do cuidado neonatal sob a perspectiva da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-Método canguru. Ciência e saúde coletiva Rio de Janeiro v 10 p 659-688,2005
- 8 .Lima MMF. Humanização em unidade de terapia intensiva pediátrica Portal humaniza.org.br.2002

- 9 .Martinez JG,Fonseca LMM,Scochi CGS.Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal:significados atribuídos pela equipe de saúde.Rev latino americana;2007
- 10 .Ministério da saúde.Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru.Brasília (DF):Ministério da saúde;2002
- 11 .Oliveira FL,Correa DAM,Silva TCS,Neves FAM,Pedrinho LR,Giarola LB.Método mãe-canguru: o que as mães sentem ao realizarem esse método com seus filhos em UTI neonatal.Arq Mudi.2006
12. Perez,V.R.Madre acompanhante em terapia intensiva: tensiones psicológicas.Rev.Hosp.Psiq.Habana,V.3 p.463-470,1988
- 13 .Rolim KMC,Cardoso MVLML.O discurso e prática do cuidado ao recém-nascido de risco:refletindo sobre a atenção humanizada.Rev.Latino-americana enfermagem;2006
- 14.Vila VSC ,Rossi LD.O significado cultural do cuidado humanização na unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido.Rev Latino-Am.Enfermagem vol 10 no 2 Ribeirão Preto mar/apr 2002
15. Young Seideman,R.et al. Parent Stress and coping in NICU on PICU.J.Pediatr.Nurs.V.12,n.3,p.169-177,1997

QUESTIONÁRIO

* Dados sobre a mãe:

Idade: Anos,

Procedência:

Escolaridade:

Estado civil:

Número de filhos:

Outros filhos internados em UTI:

* Dados do RN:

Sexo: Peso:

Idade Gestacional:

Patologia:

Assistência ventilatória:

Dispositivo: () Incubadora () Berço aquecido

Qual a sua opinião em relação aos seguintes aspectos?

1) Espaço físico da UTI neonatal?

() Ótimo () Bom () Regular

2) Cuidados oferecidos ao bebê pela equipe de enfermagem?

() Ótimos () Bons () Regular

3) Quantidade e ao tempo de manuseio com o RN?

() Necessária () Excessiva () Pouco

4) Iluminação da UTI neonatal?

Normal Fraca Excessiva

5) Aos sons e ruídos presentes da UTI neonatal?

Normal Fracos Excessivos

6) Interação da equipe de Enfermagem da UTI neonatal com as mães?

Ótima Boa Regular

7) Interação da equipe Médica do UTI neonatal com as mães?

Ótima Boa Regular

8) Como são as informações da equipe médica para as mães?

Satisfatórias Regulares Incompreensivas

Como você avalia os seguintes aspectos?

9) O apoio psicológico oferecido às mães pela equipe multiprofissional da UTI neonatal?

Ótimo Bom Regular

10) A interação entre as mães dos recém-nascidos internados na UTI neonatal entre si?

Ótimo Bom Regular

11) O cuidado da Equipe multiprofissional em relação à dor e ao conforto do recém-nascido na UTI neonatal?

Ótimo, Bom Regular

12) O cuidado da Equipe de enfermagem na administração da dieta do recém-nascido na UTI neonatal?

Ótimo Bom Regular

13) O cuidado da Equipe de enfermagem com o banho do recém-nascido na UTI neonatal?

Ótimo Bom Regular.