

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS
COORDENADORIA DE ENFERMAGEM**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: VÍNCULO AFETIVO BINÔMIO
MÃE/FILHO E EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UTI NEONATAL**

ELIANE DO CARMO DE PAULA GUGLIERMETE

**ASSIS
2009**

ELIANE DO CARMO DE PAULA GUGLIERMETE

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: VÍNCULO AFETIVO BINÔMIO
MÃE/FILHO E EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UTINEONATAL**

**Monografia de Conclusão de Curso
apresentada à coordenação do curso de
Enfermagem, orientadora e convidados
à banca como requisito para obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem
do Instituto Educacional de Ensino
Superior de Assis – IMESA**

**Área:
Saúde da Criança**

**Orientadora:
Prof^ª. Daniella Soares dos Santos**

**ASSIS
2009**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

FICHA CATALOGRÁFICA

GUGLIERMETE, Eliane do Carmo de Paula

Relato de experiência: Vínculo afetivo binômio mãe/filho e equipe de enfermagem em UTI Neonatal / Eliane do Carmo de Paula Gugliermete. Fundação Educacional do Município de Assis – Fema : Assis, 2009
31 p.

Orientadora: Prof^a Daniella Soares dos Santos
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Enfermagem – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

1. UTI Neonatal. 2. Vínculo afetivo. 3. Relato de experiência

CDD: 610
Biblioteca da FEMA

Nome: Eliane do Carmo Paula Gugliermete
Título: Relato de Experiência: Vínculo Afetivo Binômio Mãe/Filho e Equipe de Enfermagem em UTI Neonatal

Monografia apresentada ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 27 / 11 / 2009

Banca Examinadora

Orientadora: _____
Prof^ª Daniella Soares dos Santos
Fundação Educacional do Município de Assis

1º Examinador (a): _____
Prof^ª Mariana Goering Barreiro
Fundação Educacional do Município de Assis

2º Examinador (a): _____
Prof^ª Rosângela Gonçalves da Silva
Fundação Educacional do município de Assis

DEDICATÓRIA

Dedico em primeiro lugar, a DEUS, pelo dom da vida e por estar sempre ao meu lado e pela vitória concebida

Dedico esse trabalho ao meu esposo: Marcos, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades foi meu companheiro

Agradeço às minhas filhas: Giovanna, Isabelle que embora não tivessem conhecimento dos momentos que passei, me fortalecia para continuar somente com seus sorrisos e gestos de carinho.

A minha amada mãe Maria, razão do meu existir, agradeço pela educação que me deu e através do seu silêncio sempre transmitindo mansidão, meu irmãos: César, Cristina e Juliane, que sempre me incentivaram e apoiaram para chegar até aqui.

Ao meu sogro Daniel, a minha sogra Terezinha que Deus possa recompensar todos os dias que estiveram presentes na educação das minhas filhas pelos momentos da minha ausência.

Dedico á todos quanto fazem parte da minha vida, como família, agradeço pela contribuição parcial ou imparcial por esse momento.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me sustentado nos momentos difíceis, quando sentia desanimada, pelo que não abandonou em nenhum segundo, quando me sentia sozinha, obrigada por me ajudar a vencer e superar meus limites .

À minha orientadora Prof^a. Daniella Soares dos Santos, que colaborou na realização deste trabalho, mesmo com todos os seus compromissos, ajudou-me.

A todos os professores e supervisores do curso, que iniciaram de certa forma uma luta, em gerar profissionais ou seja Enfermeiros. Sou grata por fazer parte desta lista e por ter adquirido conhecimentos e experiências específicas. E por tantos momentos vividos, permanecerá a amizade e o orgulho de estar ao lado de profissionais capacitados que contribuíram com meu aprendizado na vida acadêmica.

Às minhas amigas e colegas do HRA, sou grata pelo apoio, carinho, compreensão, pelas trocas de plantões, pelas contribuições em pesquisar e estudarem comigo.

E como não agradecer a DEUS, pelas oportunidades que me concedeu, em especial nestes quatro anos por adquirir amigos e amigas, mas em especial que ficará para sempre: Adalberto, Antônia e Maria do Carmo não são simples amigos são como irmãos para mim.

A amizade é uma semente que tem que ser cultivada, em compreensão, carinho, sinceridade, dedicação e foi assim que encontrei em muitas pessoas nestes meses, mas em especial a pessoa da Dona Lurdes, obrigada pela disponibilidade contribuindo ao resultado deste trabalho.

Sou grata pelas oportunidades que DEUS me deu, de estar aprendendo, conhecendo e cuidando de vidas.

EPÍGRAFE

ESTOU CONTIGO

*Se por vales tenebrosos tu passares
Se a noite escura te faz temer
Se já não suportas mais
Com o peso da tua cruz
Servo meu não desanimes
Sou Jesus*

*Estou contigo
Sou teu Deus, Sou teu amigo
E na hora do perigo
Com minha forte mão
Te ajudarei, te levantarei
E se passares pelo fogo ou pelas águas
Não te deixarei sozinho
Sou teu Deus, pra sempre estarei contigo*

*Se as lutas desta vida
Querem te enfraquecer
Não desista, seja forte
Eu te ajudarei vencer
Se a caminhada é longa
Não, não penses em parar
Do teu lado estarei
Te ajudando a chegar*

Rose nascimento

GUGLIERMETE, E.C.P.; **Relato de experiência: Vínculo afetivo binômio mãe/filho e equipe de enfermagem em UTI Neonatal.** Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem. Assis -SP, Fundação Educacional do Município de Assis, 2009.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo/qualitativo, realizado com o objetivo de relatar a experiência da autora quanto à promoção do vínculo afetivo mãe/filho, equipe de enfermagem e os familiares em uma UTI Neonatal. A fim de subsidiar o relato, foi realizada busca não sistematizada sobre vínculo afetivo na UTI Neonatal. Os casos relatados foram vivenciados em quinze anos trabalhados em uma UTI Neonatal de um hospital público do interior paulista, onde a equipe de enfermagem se encontra muitas vezes concentrada nos aspectos físicos de manutenção da vida dos recém-nascidos que inspiram cuidados intensivos, passando despercebido que a interação da equipe de enfermagem com os pais se dá, na maioria das vezes, de forma automatizada, impessoal e mecanizada. As mães têm necessidades especiais de serem ouvidas e de expressar seus sentimentos, porém a equipe de enfermagem muitas vezes não está preparada e habilitada em interagir e atender a essas necessidades emocionais. A conscientização da equipe de enfermagem facilitará uma abordagem mais plena, segura e com toda certeza uma assistência íntegra e humanizada, aos familiares principalmente no vínculo afetivo binômio mãe/filho.

Palavras-Chave: UTI Neonatal, vínculo afetivo, relato de experiência.

GUGLIERMETE, E.C.P.; **Experience report: Linking emotional mother / son and nursing staff in NICU.** Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem. Assis -SP, Fundação Educacional do Município de Assis, 2009.

ABSTRACT

This is a descriptive / qualitative study with the objective of describing the author's experience in promoting bonding of mother and child, nursing staff and family members in a Neonatal ICU. In order to support the report, was not systematically conducted a search on bonding in the NICU. The cases reported were experienced in fifteen years worked in a NICU of a public hospital in São Paulo State, where the nursing staff is often focused on aspects physical maintenance of the life of newborn intensive care who inspire, passing unnoticed that the interaction of the nursing team with parents to give, in most cases, an automated, impersonal and mechanized. Mothers have special needs to be heard and express their feelings, but the nursing staff are often not prepared and able to interact and meet these emotional needs. The awareness of the nursing staff will facilitate a more complete, safe and certainly a part and humanized assistance, to the families especially in bonding both the mother and child.

Keywords: NICU, bonding, experience report.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVO.....	12
4	METODOLOGIA.....	13
5	REVISÃO DA LITERATURA	14
5.1	A UTI Neonatal.....	14
5.2	A humanização dentro da UTI Neonatal	17
5.3	Vínculo afetivo	20
5.4	Vínculo entre o profissional e o familiar.....	23
6	RELATOS DE EXPERIÊNCIAS.....	25
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
8	REFERÊNCIAS.....	29

INTRODUÇÃO

1 Introdução

O cuidado humanizado na área da Neonatologia promove a segurança do recém-nascido e o acolhimento do familiar, assim, o profissional da saúde precisa saber lidar com esta clientela com respeito e dignidade observando as individualidades de cada um, estabelecendo momentos de fala e de escuta, enfim, efetuando uma assistência integral e facilitando o vínculo mãe/filho precocemente (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

De acordo com Reichert et al (2007) o profissional de saúde deve decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia estando sempre atento aos sinais de comunicação verbal e não verbal que durante a internação ela emite. Dentre todos esses profissionais é a enfermeira que está diariamente em contato com o paciente, portanto cabe a ela a responsabilidade de conduzir na abordagem segura e precisa para este familiar.

Em termos estruturais, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é o local que conta com os avanços terapêuticos e tecnológicos disponíveis para o cuidado do recém-nascido de alto risco, necessitando, portanto, de todos os serviços técnicos e humanos de apoio para atender as demandas do cuidado do recém-nascido enfermo, 24 horas por dia (TAMEZ; SILVA, 1999).

Klaus e Kennell (1995) já tinham a percepção que através de modernos recursos terapêuticos, como técnicas modernas, administração precoce de fluídos e monitoramento atento do oxigênio, temperatura ambiental e importantes equipamentos para um suporte preciso na assistência nos trabalhos hospitalares, a atenção à saúde da criança vem avançando rumo à prevenção de doenças na infância e conscientizando pais e profissionais sobre o benefício de uma assistência humanizada, principalmente com os prematuros.

De acordo com Wilson (2006) a prematuridade é responsável pelo maior número de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sendo a imaturidade o maior fator de risco para as diversas complicações neonatais (p. ex., hiperbilirrubinemia, síndrome da angústia respiratória). Essa incidência é mais baixa nas classes média e alta, nas quais as mulheres grávidas geralmente têm boa saúde, são bem nutridas e iniciam o pré-natal precoce.

Ainda segundo Wilson (2006), outros fatores como gestações múltiplas, pré-eclampsia, toxemias, problemas placentários, cirurgias no colo do útero, certas

anormalidades uterinas, infecções no trato-urinário, tabagismo e uso de drogas ilícitas também são fatores responsáveis pela interrupção do curso normal da gestação.

Rodrigues (2009) ressalta a importância do envolvimento da equipe de enfermagem na assistência ao binômio mãe/filho e a necessidade de humanizar essa assistência facilitando a interação entre equipe profissional o RN e a mãe, uma vez que o ambiente de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é visto pelos pais como um lugar de esperança e de medo. Esperança por saber que este é um local preparado para atender melhor seu filho e aumentar as chances de sobrevivência. Medo por saber dos riscos inerentes aos pacientes que vão para tal ambiente, e ainda, sentimentos de frustração, por não estarem em geral, preparados para esta separação.

O vínculo binômio mãe/filho deve ser levado em consideração pela equipe de enfermagem no momento dos cuidados, observando-se o respeito e o acolhimento à mãe que, ao ver seu filho prematuro e/ou doente, pode estar desorientada e bombardeada de muitas emoções como ansiedade e até mesmo sentimento de culpa.

O profissional deve ter empatia seja em situações gratificantes ou de frustração, deve se colocar na posição de cuidador e não somente realizar procedimentos no recém nascido, considerando a família e principalmente a mãe, que tanto almejou momentos alegres com seu filho (BAGGIO, 2006).

Para Costa (1998) cuidar do outro deve ser como cuidar de si mesmo, implica sentir-se cuidado enquanto cuida, entendendo e compreendendo o outro com empatia, priorizando o outro de forma dedicada e afetiva. Cuidar com empatia é entender a situação do outro, ver-se no lugar dele e sentir-se em proximidade e igualdade. Envolve também atenção às necessidades físicas e psíquicas do ser cuidado.

É responsabilidade da enfermagem e de qualquer profissional da saúde minimizar a tensão emocional dos pais e principalmente da mãe evitando o impacto negativo de ver seu filho na UTI neonatal, preparando-a para esse encontro (WILSON, 2006).

JUSTIFICATIVA

2 **Justificativa**

É importante refletir, que nos profissionais da saúde estamos muitas vezes concentrados nos aspectos físicos de manutenção da vida dos recém-nascidos que inspiram cuidados intensivos, mas passamos despercebidos as necessidades emocionais do familiar e principalmente a mãe que está vivendo intenso sentimento de culpa, medo e ansiedade por estar com seu filho internado.

É neste momento em que a equipe de enfermagem com uma forma integrativa, humanizada, acolhedora e esclarecedora proporcionará um reencontro favorecendo um fortalecimento do vínculo afetivo mãe/filho.

OBJETIVO

3 Objetivo

Descrever a experiência da autora quanto à promoção do vínculo afetivo entre mãe/filho e familiares dos recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

4 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo/qualitativo através de relatos de experiência, tendo como sujeitos equipe de enfermagem, família com os recém-nascidos que já estiveram internados em unidade de terapia intensiva neonatal nos anos trabalhados. O cenário foi em um hospital público do interior paulista, que conta desde 1995 com uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com capacidade para 06 leitos, é referência na atenção a bebês de alto-risco de zero a vinte oito dias de vida.

A assistência é prestada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo que são lotados na Unidade, além de profissionais como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais os quais são responsáveis por responder pela demanda referida do local.

Foi realizada uma busca não sistemática de literatura à procura de artigos sobre as temáticas: vínculo entre os profissionais e os pais de recém-nascidos em UTI Neonatal, humanização na UTI Neonatal e sobre o vínculo entre a mãe e o bebê a fim de subsidiar a discussão.

Foram abordadas as seguintes temáticas: A UTI Neonatal; a Humanização dentro de uma UTI neonatal; vínculo afetivo; vínculo entre o profissional e o familiar do RN internado; o primeiro contato entre a mãe e o bebê internado em UTI Neonatal.

Admite-se que a experiência direta da autora com o dia-a-dia, é capaz de revelar na sua significação mais profunda, ações, atitudes e comportamentos que, de um ponto de vista exterior, poderiam permanecer obscurecidas.

REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A UTI Neonatal

Desde 1920 se tinha a preocupação com a necessidade de um atendimento voltado para a criança, devido à mortalidade infantil. No Segundo Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, realizada no Rio de Janeiro em 1928, foi mostrada a necessidade de intervenção nas condições de vida e da saúde da criança no contexto das questões sociais e política com o problema do Estado Nacional (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Desde então foi aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro, o Estatuto da Criança e do Adolescente, na Constituição de 1988 (1992, p.10), que prevê um atendimento humanizado quando da assistência à criança e ao adolescente garantindo-lhes o direito à saúde e à internação hospitalar com o acompanhamento dos familiares. Há quase duas décadas prevalece o direito à vida, à saúde ao respeito, a dignidade e a convivência familiar, sendo estendido ao recém nascido, que deve ser tratado e respeitado com um cidadão brasileiro.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “um estado de total bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença”. No mundo nascem anualmente 20 milhões de bebês prematuros e com baixo peso, dos quais um terço morre antes de completar um ano de vida. Nove em cada 10 recém-nascidos tem peso inferior a 1 quilo ao nascer. O compromisso tem que ser levado com seriedade visto que a preocupação com a saúde da mulher e da criança é relevante ao Ministério da Saúde (2002).

Serra (2000) declara que promover a maternidade segura é compromisso do Ministério da Saúde e de todos nós. Além de garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, entre outras ações, é preciso dedicar atenção especial a uma pequena parcela de mulheres grávidas, por serem portadoras de doenças que se agravam com a gestação ou são desencadeadas nesse período. Para atender às necessidades desse segmento, os estados estão recebendo assessoria técnica e recursos financeiros com o objetivo de desenvolver projetos de reorganização dos sistemas de atenção à gestação de risco.

Segundo Wilson (2006) o recém-nascido acima de 37 semanas consideravelmente saudável é o que chegou a um estado de maturidade suficiente para permitir uma transição eficaz para o ambiente extra-uterino, apresentando suas funções vitais dentro dos parâmetros esperados deve ser encaminhado para o aconchego da mãe.

Este recém-nascido percebe e tenta controlar o ambiente através do comportamento, sendo capaz de ver e ouvir respondendo ao toque e aos movimentos (KENNER, 2001).

O recém-nascido prematuro, segundo Wilson (2006), é frequentemente classificado de acordo com o peso ao nascer e idade gestacional, sendo que este bebê tem maior probabilidade de apresentarem complicações e problemas de saúde. Entre as quais podemos destacar, dificuldades respiratórias, hemorragias intracranianas, infecções que podem ocasionar a morte ou seqüelas que afetam seu desenvolvimento psico-motor, intelectual e emocional. Muitos necessitam de tratamento intensivo e internação por longo período.

Barros et al (2008), define que o recém-nascido pequeno para idade gestacional (PIG) resulta da restrição de crescimento intra-uterino cujo seu peso está abaixo do percentil 10 para a idade gestacional, e já o recém-nascido grande para idade gestacional (GIG) cujo peso ao nascer está acima do percentil 90 para sua idade gestacional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o recém-nascido de baixo peso aquele que apresenta peso, ao nascer, igual ou inferior a 2.500 g e como prematura toda criança nascida antes de 37 semanas.

O RN prematuro é exposto a uma grande quantidade de aparelhos e procedimentos que visam o suporte das funções vitais, o que faz da UTI Neonatal, uma unidade amplamente aparelhada e instrumentalizada para o atendimento á essas necessidades.

Não obstante todos os recursos tecnológicos de que é dotada a UTI Neonatal, Rolim; Cardoso (2006), ressalta a necessidade de humanização mesmo em situações contínuas de atendimento às emergências e de voltarmos nossa atenção para o paciente (recém-nascido), levando em consideração a solidariedade, o toque e a interação humana.

No momento em uma UTI Neonatal, segundo Reichert et al (2007), o recém-nascido se depara com um ambiente bem diferente do uterino: a temperatura ambiente intra-útero é agradável e constante, há maciez, aconchego e sons extra-uterinos que são filtrados e diminuídos. Já nesta unidade o clima é hostil e normalmente inóspito com exposição intensa de estímulos, onde o estresse e a dor são freqüentes.

O nível de ruídos que resulta dos monitores e alarmes, a exposição a luzes intensas e contínuas e diversos procedimentos terapêuticos e diagnósticos aos quais os recém nascidos são submetidos devem ser observados pelos profissionais que prestam

assistência a fim de que procurem reduzir ao máximo as atividades que produzam ruídos para que os bebês possam estabelecer um bom padrão de sono e para que tenham o mínimo de conforto (Wilson, 2006).

Segundo Oliveira (2007) a equipe funciona como um elo entre o bebê e sua mãe, trabalhando de forma sincronizada garantindo informações, esclarecendo dúvidas e preparando a mãe e o ambiente para que ambos possam desfrutar de momentos de carinho e conforto. Esse momento é preparado de forma que a assistência seja humanizada, minimizando os ruídos sonoros e garantindo ciclos de dia e noite.

5.2 A humanização dentro de uma UTI Neonatal

De acordo com o dicionário Aurélio, a palavra humanização é tornar humano, dar uma condição humana. É ver o ser humano como um todo, considerando que este ser tem sentimentos e emoções, podendo de certa forma afetar a transferência deste ato intrínseco como extrínseco.

Nas palavras de Pasche (2009) humanizar é o efeito, e está relacionada com o acolhimento, poder cuidar ou doar-se, não é uma técnica ou artifício, é uma ação que em favor de realizar e oferecer um tratamento que o paciente merece quanto ser humano.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde entende por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a co-responsabilidade entre ele, o estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão. Assim, essa tarefa nos convoca todos: gestores, trabalhadores e usuários (CARMAGNANI, 2005).

Segundo Reichert et al (2007), com a evolução da tecnologia e a capacitação de recursos humanos, houve uma modificação do prognóstico e da sobrevivência dos bebês de alto risco, e, embora os procedimentos causem sofrimento, os índices de cura são maiores do que os de óbitos. Antes da existência das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, o risco de morte era bem maior; na atualidade o envolvimento de pais e enfermeiros nos cuidados possibilita uma interação satisfatória, minimizando os efeitos nocivos provocados pela hospitalização, contribuindo para o restabelecimento do bebê e tendo assim uma boa qualidade de sobrevida.

Devido a sua instabilidade fisiológica, os recém-nascidos são separados de suas mães imediatamente e envolvidos por uma barreira de janelas de vidro complexa e impenetrável, com equipamentos mecânicos e cuidadores específicos. Esta separação cria uma crise imprevista para a família, o que se reflete na dificuldade emocional dos pais para o enfrentamento da internação, frustração e angústia para lidarem com suas expectativas e com a realidade (Wilson, 2006).

Como analisado por Anthikad (2005), somos seres emocionais e sentimento difere de emoção, pois sentimento é uma percepção do meio, já a emoção exterioriza sentimentos como amor, surpresa, tristeza e medo do desconhecido.

Para os pais a UTI Neonatal, é um ambiente de medo e esperança. Medo, devido aos riscos aos quais os recém nascidos são submetidos. Esperança, por saber que este local está preparado para fornecer o melhor atendimento possível aumentando a sobrevivência de seu pequeno bebê. Segundo Reichert et al (2007) normalmente os pais não estão preparados para a separação ocasionada pela internação do bebê e essa separação gera sentimentos de frustração.

Ao atentar para as possíveis reações dos pais à UTI Neonatal, a equipe atuante precisa estar sensibilizado e ter empatia para lidar com seus sentimentos, angústias e dúvidas.

Silva (2006) define empatia como a capacidade de tentarmos ver o mundo e as coisas da mesma forma que o outro, sem perdermos a própria identidade. Ela se dá em nível consciente sendo, portanto, uma operação intelectual passível de aprendizado e desenvolvimento, combinada com um esforço dirigido para a compreensão do outro. Estar atento aos sentimentos dos familiares pode minimizar dúvidas, ansiedade e o medo do desconhecido.

No entendimento de Reichert et al. (2007) a mudança de consciência e comportamento de alguns profissionais vem se destacando cada vez mais, quando prestam uma assistência humanitária aos necessitados. Embora que a equipe de profissionais em especial a enfermagem é submetida a vários estímulos estressantes, como ritmo de trabalho intenso e exaustivo, exigência freqüente de eficiência e atualização de conhecimentos, a execução técnica e a manipulação de máquinas e equipamentos complexos. É nesse ambiente de trabalho que o profissional mal tem tempo de saber como lidar com o paciente e com o familiar.

De nada resolveria a tecnologia, ainda confirma Reichert et al. (2007) se não houvesse o processo humanizar para o tratamento e no cuidado neonatal, o Ministério da Saúde preconiza ações que garantam a segurança do recém-nascido, com o acolhimento ao bebê e seu familiar tão fragilizado pela lacuna no vínculo afetivo mãe/filho.

E por garantir a segurança do recém-nascido, nas palavras de Wilson (2006) esse vínculo materno é um processo que se inicia antes da concepção, fortalecidos por eventos significativos durante a gravidez e amadurece por meio do contato mãe/filho durante o período neonatal e a primeira infância.

Por sua vez, Giordani (2008, p.25-26) afirma que:

(...) embora no universo da Saúde a palavra humanizar pareça uma redundância, nesta obra seu sentido está ligado a vários aspectos como: acolhimento, afabilidade, benevolência, dignidade, civilidade, respeito pelo outro, atendimento e tratamento igual para todos sem preconceito nem discriminação, de modo polido, sincero e, acima de tudo, interesse em resolver problemas de saúde ou geradores de doenças, mesmo que a cura não pareça possível.

A palavra humanização é a maneira de ver e considerar o ser humano superando fragmentação da assistência. Uma prática dessa natureza no trabalho da saúde implica em dignidade e respeito com o paciente e sua família, valorizando seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e crenças (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Tal ato de humanizar decorre da tolerância enfatizada, pelo teor de cuidados, sobressaindo da sua assistência a um patamar enriquecido pelo auxílio, em inúmeros gestos que proporcionam segurança, adquirindo uma reciprocidade entre a equipe de enfermagem, binômio mãe/filho.

5.3 Vínculo afetivo

Segundo Reichert; Costa (2002) ao engravidar a mulher começa a idealizar o seu bebê com carinho atribuindo-lhe características pessoais passando a desenvolver, desde o momento da concepção sentimentos de apego que influenciarão toda a vida da criança. Esse laço afetivo de amor que os pais estabelecem com o bebê é essencial para o seu desenvolvimento e sua sobrevivência desde que ele separado da mãe no momento do parto até a continuidade de sua vida.

Após o nascimento, se por causa de alguma patologia, houver uma separação entre os pais e o filho há uma reação diferente e imprevisível, principalmente quando este é internado em uma UTI neonatal. Experiência, essa, que representa aos pais um momento conflituoso em suas vidas, com alterações no seu cotidiano, onde a angústia, a dúvida, a ansiedade, o medo do prognóstico e a dificuldade na aceitação da separação e geram desconforto e sofrimento.

A esse respeito Giacomini (1997) ressalta que, no caso de recém nascido prematuro ou enfermo, deve-se sempre que possível, permitir que a mãe veja o bebê ainda na sala de parto, buscando proporcionar á mãe esclarecimentos sobre o seu estado, minimizando ansiedade e sentimento de frustração.

No tocante Costa (1998) entende que acolher o familiar em especial essa mãe, pela primeira visita ao seu filho internado na UTI Neonatal, é o primeiro contato depois do nascimento, tratando de um momento significativo para ambos, nesta ocasião ocorre o reconhecimento mútuo através da voz, do toque, do olhar. Diversos cuidados devem ser estabelecidos para que haja um vínculo afetivo satisfatório, a equipe de enfermagem deve estar sensibilizada para este contato.

O vínculo materno seria uma forma de comunicação entre mãe e seu bebê e percebemos se tal relação for estabelecida, como exemplo na observação do surgimento da preocupação “materna primária” descrita por (Winnicott 2000). Neste estado a mãe se torna capaz de colocar-se no lugar do bebê, o que lhe possibilita, ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido de forma que nenhuma máquina pode imitar, o que não pode ser ensinado. Segundo Wilson (2006), o vínculo é um processo complexo que se desenvolve gradualmente e é influenciado por muitos fatores, entre eles o tipo de contato inicial entre o recém-nascido e os pais em especial o toque que é o primeiro ato de comunicação entre ambos.

Sabendo que este ambiente é de fundamental importância para o familiar, à equipe envolvida, não permitirá uma desorganização emocional gerando conflitos diversos em que sentem a sensação de culpa, dificultando sua compreensão de que é importante para seu filho que eles estejam presente e calmo no processo de hospitalização.

O ambiente da UTIN que é tão familiar para os profissionais de saúde, para os pais, é percebido como assustador, razão pelo qual eles têm dificuldade de reconhecer o bebê como seu. Essa dificuldade no reconhecimento ocorre porque, durante a gravidez, os pais sonham com um bebê imaginário saudável, perfeito e lindo. Então, quando do nascimento, há um contraste muito grande entre a criança imaginária e aquela que eles visualizam. (REICHERT et al. 2007, p.206).

Segundo Giordani (2008), o profissional deve ser despertado, o interesse, a vontade em atender as necessidades do paciente/família, possibilitando convivência sadia, com boa aparência, linguagem adequada ao dirigir-se ao familiar, contribuindo desse modo, para a promoção de um ambiente agradável e cativante.

A família vive um misto de aproximação e distanciamento em relação a bebê dentro da UTI Neonatal, além disso experimentam o desligamento das suas atividades diárias com as indas e vindas à unidade de saúde, o que aumenta ainda mais o estresse familiar e a geração de conflitos. Nesse momento o estabelecimento e a manutenção do vínculo é fundamental, despertando o cuidado da família para o bebê, e como também o afeto, a demonstração de amor e aconchego favorecendo a recuperação da saúde desse menor. Esse vínculo também alivia a ansiedade materna e paternal, por isso a equipe de enfermagem é fundamental nesse processo. (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Devido a esses fatos a enfermagem deverá estar sempre presente na vida do bebê e seus familiares, compartilhando com eles percepções, crenças e valores auxiliando-os em sua reorganização para evitarem estresses adaptando-se a vida hospitalar. A interação entre família e profissional é de vital importância para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

Além dos cuidados da equipe de saúde e de um ambiente totalmente voltado à recuperação e desenvolvimento do recém nascido, o seu bebê também precisa da atenção e carinho dos pais.

Como foi bem analisado por Klaus e Kennell (1993) afirma que a humanização do atendimento neonatal dos bebês prematuros, principalmente se for tocado, embalado, acariciado ou trazido ao colo diariamente, proporcionará uma maior rapidez no ganho de

peso, ele apresentará menos período de apnéia e um avanço em algumas áreas mais altas de funcionamento do sistema nervoso central, conseqüentemente uma resposta mais imediata de seus estímulos afetivos. Conversar com ele tocá-lo, fazê-lo sentir sua presença transmitindo segurança, afeto e apoio é uma parte muito importante do tratamento.

Casanova (1991) por sua vez afirma que a separação precoce entre mãe/filho pode ter efeitos posteriores, interferindo na capacitação de ser mãe para a mulher e, para a criança, pode ter efeitos no desenvolvimento de personalidade psicótico, delinqüência e maus tratos.

Apesar da presença materna no cotidiano da internação do filho prematuro, a família não está inserida no processo de trabalho, sendo que somente a mãe participa desses cuidados. Estando ela bem informada e bem apoiada, muitas crianças poderão ser livres de doenças freqüentes e, conseqüentemente da morte prematura.

“Sempre que possível permitir que a mãe veja o bebê ainda na sala de parto, buscando fornecer a mãe informações positivas sobre o seu estado. Isto minimizará sentimentos de frustração, ansiedade, dor que se seguirão até o próximo contato com o recém nascido” (GIACOMINI,1997).

O momento é importante para ambos, mãe/filho e o que proporciona é a equipe profissional que deve estar perceptivo assim como Ferreira et al (1998) defendendo o contato da mãe com seu bebê, afirma que este contato é um estímulo necessário para o crescimento e percepção, o que conseqüentemente irá estimular reações emocionais na criança.

5.4 Vínculo entre o profissional e o familiar

Para Reichert e Costa (2002) a prática assistencial e humanizada deve ser pautada por uma postura de escuta, permitindo que a mãe exponha suas dúvidas e angústias o que facilitará suas relações com a equipe de saúde podendo adquirir maior confiança em si mesma e na equipe.

O profissional deve estar preparado para compreender os sinais não verbais e o seu significado, pois o familiar/mãe percebe seu estado e suas chances, às vezes, por um olhar mais preocupado lançado pelo profissional, sua entonação de voz ou sua expressão facial. O profissional deve manter vínculo de confiança por meio da linguagem verbal e não verbal, e pode, realmente, oferecer um cuidado humanitário.

Azevedo e Silva (2008) ressaltam que a iniciativa, a percepção, a tomada rápida de decisão são fatores cruciais nesta ação e, aliado a isto, é importante que os profissionais reflitam sobre os pressupostos da comunicação e repensem no modo como estão se desenvolvendo os atendimentos. O tempo não deve ser um fator limitante para a qualidade do atendimento, o profissional deve compreender que à medida que ele busca uma comunicação adequada, amplia a qualidade de sua assistência. O que importa na comunicação, não é o espaço/tempo em que ela ocorre, e sim, o modo como ela se efetiva.

A família deverá ser orientada quanto ao estado do bebê antes de vê-lo pela primeira vez na UTIN, pois, por mais que tente, ela não consegue imaginar como será este primeiro contato, tendo que enfrentar os limites do cuidado com seu filho, e poderá achar que nunca irá conseguir cuidar da maneira correta. Para que este encontro não seja frustrante, devido a uma expectativa e ansiedade criadas ao longo da gestação, o profissional deve acolher e respeitar a mãe, valorizar seus sentimentos e até mesmo o desabafo de choro, pela situação vivida. Este cuidado deve se estender a toda família.

A equipe de enfermagem, de acordo com as necessidades requeridas pelo bebê, deverá orientar o familiar sobre os cuidados diretos que estes possam prestar ao seu recém nascido, auxiliando-os no enfrentamento deste momento que pode parecer o mais crítico das suas vidas. Assim ambos poderão superar as dificuldades do dia-a-dia além de adquirir confiança na equipe, a qual, por sua vez, terá proporcionado apoio biopsicossocial à família e conseqüentemente, proporcionado maior envolvimento no vínculo afetivo familiar.

Silva (2005) ressalta que o ser humano existe nos níveis físico, mental, emocional e espiritual. Somos todos valiosíssimos, nenhum pode ser desprezado na busca da harmonização, todos devem ser cuidados.

Se um recém nascido prematuro tem um contato, for acariciado ou colocado diariamente no colo da mãe, durante a permanência no berçário, ele apresenta menos períodos de apnéia, aumento de peso e um avanço em algumas áreas mais sensíveis do sistema nervoso (KLAUS e HENNELL,1993).

O profissional de saúde deverá prestar assistência humanizada, permitindo que o RN mesmo na incubadora receba o contato da mãe ou familiar, ensinando-lhe que o toque afetivo é algo de satisfação para o bebê que estava acostumado dentro do ventre materno a sentir os batimentos cardíacos da mãe, do som da sua voz, do carinho de bem amado que para ele era familiar. Reichert e Costa (2002) afirmam que os prematuros são capazes de ver, ouvir, cheirar e responder ao toque. Ao serem estimulados, respondem ao manuseio e mostram-se tranquilos quando alguém conversa com eles.

Oliveira (2009) fala da importância de se aproveitar todas as oportunidades da visita materna no sentido de motivar a sua participação nos cuidados do recém nascido e promover o fortalecimento do vínculo. Diante do exposto sobre a temática, vínculo afetivo binômio mãe/filho fica enaltecido nas palavras de Winnicott (2000) que diz:

Devido ao fato de os bebês serem criaturas cuja dependência é extrema no início de suas vidas, talvez o bebê precise deixar-se envolver pelo ritmo respiratório da mãe, ou mesmo ouvir e sentir os batimentos cardíacos de um adulto. Talvez lhe seja necessário sentir o cheiro da “mãe”.

6 Relatos de experiências

Com quinze anos trabalhando na unidade Materno-infantil é perceptível a rotina se transformar com o dia a dia, onde a preocupação com os “cuidados prescritos”, designados como um ritual de obrigações, guia nossas atividades diárias como se fossemos programados, passo a passo, para obtermos um resultado satisfatório no final do dia. Agimos muitas vezes como máquinas que se param por um instante prejudicam a produção.

O tempo deveria parar quando uma mãe encontra-se pela primeira vez com seu bebê internado depois de uma brusca separação. Sabendo que esse momento pode durar horas, dias, semanas e até mesmo meses, dependendo do estado e evolução da saúde deste menor.

A primeira visita em UTIN a família geralmente encontra um ambiente estranho e assustador. A visão desse ambiente somada, algumas vezes, a sentimento de culpa pelos problemas do filho, pode ser minimizada, se a mãe for cercada por cuidados humanizados por parte da equipe de enfermagem. É necessário lembramos sempre que todas as pessoas envolvidas nessa situação são seres humanos, respeito, consideração e atenção são elementos essenciais para a prestação de uma assistência diferenciada, ressaltando ainda, principalmente no primeiro encontro entre mãe/filho, que podemos reduzir ansiedade e medos.

Esse momento único deve levar em conta a integralidade do ser que está sendo cuidado. As condutas devem ser permeadas por sentimento de acolhimento e respeito à individualidade e aos laços afetivos da família. Esse é um momento único entre o binômio mãe/filho, trata-se de um direito inalienável, mas que por uma força maior, foi-lhes roubado.

Já presenciei muitos momentos emocionantes entre mãe/filho em UTIN, quero ressaltar algumas experiências com mães que tiveram seus filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Lembro-me de uma mãe que teve seu primeiro filho aos 48 anos de idade, viveu uma gestação de alto risco e teve seu filho prematuramente, seu bebê passou várias semanas necessitando de aparelhos como respirador mecânico, monitor cardíaco, para que seu quadro clínico fosse assistido e estabilizado, essa mãe conversava com seu filho, cantava cantigas de minar. Quando foi colocado em seus braços pela primeira vez, seu

bebê já estava com dez dias de vida, foi muito emocionante ver essa mãe que sofrera tanto por não ter conseguido chegar ao termo da gestação, feliz com a possibilidade de ter em seus braços aquilo que mais almejou na vida: *seu filho vivo*.

Recordo-me de outra mãe, sempre presente nas visitas ao seu filho que nascera com desconforto respiratório e precisava de suporte ventilatório. No quarto dia de vida deste bebê, uma amiga de trabalho, sensibilizada, convidou-me a colocarmos o bebê no colo dessa mãe. Asseguradas em garantir a segurança do bebê primeiramente, quando a mãe pegou seu filho nos braços, com suas mãos trêmulas, tocou com cuidado no seu bebê e chorou de felicidade por aquele momento, foi incrível.

Há muitos anos uma frase me acompanha. Desconheço o autor, mas diz o seguinte: “(...) o bem que se faz hoje é semente de felicidade para o amanhã”.

A sensibilidade pode ser radiante, só basta querer e perceber que nos profissionais somos de certa forma a semente para este familiar e principalmente para essa mãe.

Ao aproximar-me de outra mãe que tivera seu filho prematuro por muito tempo internado, percebi que seu sofrimento era grande. Seu esposo havia se suicidado e sua vida havia mudado totalmente. Mulher nova, com quatro filhos para criar, não agüentou a tristeza e teve seu bebê prematuramente, apenas treze dias após o falecimento do esposo. Devido a muitos problemas clínicos, essa mãe veio a pegar seu filho já com vinte dias de vida e observando os momentos de contato entre ela e seu filho, pude perceber que não obstante tantas tristezas e dificuldades, o amor materno foi mais forte e ela conseguiu se recuperar da tristeza.

Recordo de uma mãe adolescente residente em outra cidade veio ter ser filho prematuro na cidade de Assis, visto que na cidade de origem não tinha recursos apropriados. O mais curioso era o modo como toda a família se comportava, com toda a dedicação, presença, entendimento da gravidade do filho, não fazendo uma crítica, porém percebendo que sua crença, ou seja, a comunidade de ciganos era de tamanha simplicidade, mas o apoio emocional para aquela mãe foi muito importante.

A mãe era de certa forma discriminada pela sociedade, por ser profissional do sexo. Essa mãe teve uma filha prematura com peso de 530 gramas. Para muitos profissionais, no momento da chegada dela na UTI Neonatal era um aborto, mas por percepção da funcionária a criança estava respirando. Foi um momento surpreendente, mas com muito investimento. Essa menor por longos meses permaneceu no hospital e veio a ter

alta. Infelizmente a mãe não ficou com a guarda da menor, visto que sua moradia não era apropriada. Recordo que a mãe tinha sim um vínculo com a menor, só que sua ausência contou muito para a perda da filha.

Casos esses que em sua totalidade, e inúmeras diferenças, nos mostra o impacto que é fortalecido pelo vínculo afetivo mãe/filho e a família, contudo a emoção que envolve cada pessoa, cada ser participante ou não do marcante momento, de tal encontro é maior que qualquer palavra escrita. O laço entre mãe/filho é um vínculo presente e comprovadamente importante restabelecendo as emoções, sentimentos, muitos pela primeira vez em uma UTIN, com o apoio dos profissionais que conduzem o encontro incentivando e garantindo segurança.

Agora, penso na necessidade de dispensarmos mais tempo dando apoio e incentivo a essas mães, afinal, somos, de certo forma, um elo entre mãe e bebê.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um local a receber bebês que por que necessitam de cuidados intensivos e cuja internação é acompanhada de uma emoção muito grande por parte dos familiares e principalmente das mães que ao terem seus filhos internados vivenciam momentos de culpa e medo do desconhecido.

É perceptível que o profissional de saúde, incluindo a equipe de enfermagem, por estar envolvido e concentrado nos aspectos físicos de manutenção da vida dos recém-nascidos, deixam de perceber as necessidades emocionais dos familiares e até mesmo dos recém-nascidos.

Há, no entanto, a necessidade de se proporcionar meios para a formação de vínculo entre mãe e filho uma vez que o caráter deste apego, iniciando nos primeiros dias de vida do recém-nascido, influenciarão nas relações pessoais e emocionais além da sua qualidade de vida.

Diante do exposto, é de vital importância, para que a tensão emocional do familiar, e principalmente da mãe, seja minimizado, que o atendimento seja acolhedor, explicativo, e permeado pelo diálogo. Sendo esses gestos apenas fragmentos de um atendimento humanizado.

As experiências relatadas no âmbito de minha carreira foram e continuarão sendo válidas e extremamente ricas, tanto em nível pessoal, como em nível profissional, pelo simples fato de ter proporcionado momentos de prazer a esses familiares, favorecendo o estabelecimento do vínculo afetivo mãe/filho.

É importante despertar na equipe a preocupação e a sensibilidade quanto à necessidade de uma boa interação com a família. O passo em direção a uma melhor relação deve ser dado sempre pelos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ANTHIKAD, Jacob. **Psicologia para enfermagem**, 2ª ed. São Paulo: Reichmam & Affonso, 2005.

AZEVEDO, Tânia Maria Vargas Escobar; SILVA, Maria Júlia Paes da. Relacionamento Interpessoal no Atendimento Pré-hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Revista Nursing**. São Paulo, v.11-125, p.455-460, out.2008.

BAGGIO, Maria Aparecida; O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>, v.08, n.01, p. 09-16, 2006.> Acesso: 30/08/2009.

BARROS, Marina C. de Moraes; GUINSBURG, Ruth; MITSUHIRO, Sandro S.; CHALEM, Elisa; LARANJEIRA, Ronaldo R. **Neurocomportamento de recém-nascidos a termo, pequenos para a idade gestacional, filhos de mães adolescentes-2008**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000300006> Acesso em: 27/09/09.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do curso: atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso-método canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Gestação de Alto Risco / Secretária de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio. **Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital de São Paulo UNIFESP. 2005**. Disponível em: <www.unifesp.br/spdm/hsp/humaniza/index.htm > Acesso em: 30/08/2009

CASANOVA, L. D.; SANTOS, W. A. **Humanização das Unidades Neonatais**. In: SEGRE, Conceição A. M.; ARMEZELLI, Pedro Antonio; MARINO, Wanda Tobias. (Org.). RN. 4ª ed. São Paulo: Editora Sarvier, 1991.

COLLET, Neuza; OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de. **Manual de enfermagem em pediatria**. 1ª ed. Goiânia: Editora AB, 2002.

COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da. **O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem**. UFSC-UFMT, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque Holanda de. **Dicionário de Língua Portuguesa**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, Evellisse Angélica; VARGAS, Ieda Mara Ávila; ROCHA, Semiramis Melani Melo. **Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal-1998**. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind/>> Acesso em: 27/03/2009.

GIACOMINI, Sonia Maria. **A intenção mãe bebê**, Porto Alegre. 1997.

GIORDANI, Anecy Tojeiro. **Humanização da saúde e do cuidado**, São Caetano do Sul, São Paulo: Editora Difusão, 2008.

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David.; WINKELSTEIN, Marilyn L. Wong. **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ª ed. Editora: Elsevier, 2006.

KENNER, Carole. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2001.

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

KLAUS, Marshall H.; KENNEL, JohnH. **Assistência aos pais**. In: **KLAUS, Marshall H.; FANAROFF, A.A. Alto risco em neonatologia** (Care of high-risk neonato). Trad. Por Raymundo M. Gesteira. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. P.139-173.

OLIVEIRA, Leandra. **Terapia Ocupacional na UTI Neonatal**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/4051/1/terapia-ocupacional-na-uti-neonatal/pagina1.html>> Acesso em: 30/08/2009.

PASCHE, Dário F.; **6º Congresso de Humanização da Saúde em Ação**, São Paulo, 2009

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; COSTA, Solange Fátima Geraldo de. Refletindo a assistência de enfermagem ao binômio mãe e recém-nascido prematuro na Unidade Neonatal. **Revista Nursing** (São Paulo), Rio de Janeiro, v. 38, n. 04, p. 25-29, 2001.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 09, p. 200-213, 2007 Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm> > Acesso em: 16/08/09

ROLIM, Karla Maria Carneiro; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. **O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada-2006**. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a12.pdf>>. Acesso em: 09/05./2009.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio** - A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Gente, 2006.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **O amor é o caminho**. São Paulo: Editora Gente, 2005.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja. **Enfermagem na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

WINNICOTT, Donald Woods. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Editora Martins fontes, 1999.

WINNICOTT, Donald Woods. **A preocupação materna primária**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.