

VIVÊNCIA MATERNA COM FILHOS PREMATUROS EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL

Maternal experiences with premature children in a neonatal intensive care unit

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Conhecer a vivência materna com filhos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo. Foi utilizado um questionário com entrevista do tipo semiestruturada, analisada pela técnica de análise de conteúdo e discutida, utilizando-se o referencial teórico. A amostra constituiu de 11 mães que acompanhavam diariamente seus bebês na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Resultados:** Após análise dos discursos emergiram as seguintes categorias: vivenciando sentimentos maternos em relação ao bebê de risco; os signos e significados da unidade neonatal para as mães dos prematuros; percepções maternas acerca da prematuridade e vivenciando a formação do vínculo materno-filial. **Conclusões:** A mãe do prematuro vivencia momentos de dificuldade diante da situação de risco e instabilidade do bebê, causando sentimentos ambivalentes em relação à prematuridade. Apesar disso, constatou-se que sentimentos de felicidade, amor e desejo de ver seu bebê receber alta e conviver com sua família, foram significativos em relação aos sentimentos de tristeza e medo de perder o seu filho.

Descritores: Prematuro; Comportamento Materno; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: Understand the maternal experience with premature children in neonatal intensive care unit. **Methods:** This is a qualitative and descriptive study. A questionnaire was used with semi-structured interview type, analyzed by the technique of content analysis and discussed, using the theoretical framework. The sample consisted of 11 mothers who accompanied their babies every day in the Neonatal Intensive Care Unit. **Results:** After discourse analysis emerged the following categories: experiencing maternal feelings in relation to the baby at risk; the meaning of the neonatal unit for mothers of premature infants, maternal perceptions about prematurity and experiencing the formation of the maternal-filial bond. **Conclusions:** The mother of premature experiences difficult times in the face of risk and instability of the baby, causing ambivalent feelings in relation to prematurity. Nevertheless, it was found that feelings of happiness, love and desire to see your baby being discharged from hospital and live with his family, were significant in relation to feelings of sadness and fear of losing her child.

Descriptors: Infant, Premature; Maternal Behavior; Intensive Care Unit.

Raphael Colares de Sá⁽¹⁾
Lêda Maria da Frota Pinheiro
Costa⁽¹⁾
Fabiane Elpídio de Sá⁽²⁾

- 1) Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil
2) Universidade Federal do Ceará - UFC - Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 05/02/2011
Revisado em: 05/08/2011
Aceito em: 25/08/2011

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro representa a causa mais frequente de morbidade neonatal, podendo estar relacionada a fatores de risco demográficos e obstétricos⁽¹⁾.

Os bebês prematuros são susceptíveis à mortalidade, bem como às complicações decorrentes das infecções e das lesões maternas, as quais podem levar à paralisia cerebral, ao retardo mental e a outros distúrbios físicos e neurológicos. Precisam, portanto, ao nascer, de cuidados especiais intensivos, sendo, muitas vezes, internos em unidades de terapia intensiva neonatais, até saírem da situação de risco, que pode demorar entre dias e meses⁽²⁾.

O conceito de prematuridade abrange todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias), contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual⁽³⁾.

O desenvolvimento tecnológico na assistência neonatal, especialmente em relação aos recém-nascidos prematuros, tem contribuído para a diminuição significativa dos índices de mortalidade infantil no Brasil, representando uma queda de 44,9%. Os bebês prematuros constituem, em média, 5,6% dos nascimentos no Brasil, segundo a taxa de prematuridade do Sistema Único de Saúde – SUS⁽⁴⁾.

Quando a criança nasce antes do tempo previsto traz consigo todos os riscos que a prematuridade pode representar, tanto para a mãe quanto para o bebê. A realidade que cerca o nascimento de um bebê de alto risco é pautada pelo conflito que se configura entre os procedimentos técnicos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e o impacto de um parto laborioso para os pais e a família⁽⁵⁾.

Estes bebês ficam afastados da mãe devido às intervenções clínicas a que estão sujeitos, podendo quebrar-se a ligação que vinham estabelecendo desde a gravidez. Nesta situação, os pais e, particularmente, a mãe, ao verem-se impedidos de interagir continuamente com o filho, podem desencadear reações emocionais de culpabilidade e medo face a um bebê diferente, alterando a qualidade dessas interações⁽⁶⁾.

Tudo isso pode ser compreendido quando observamos as mães serem confrontadas com um ambiente estressante e confuso, impotentes para assumirem os cuidados com seu filho, que apresenta risco de vida. Esses sentimentos podem ser atenuados ou reforçados de acordo com a oportunidade que ela tem ou não de participar, de alguma forma, dos cuidados de seu filho⁽⁷⁾.

A relevância do estudo consiste em conhecer sentimentos e expectativas das mães em relação ao seu bebê prematuro, sobretudo atuando como um elo de ajuda e apoio para o início da relação mãe e filho, além das possíveis dificuldades que a mãe poderá apresentar durante

sua estadia na UTIN, possibilitando também uma reflexão sobre alguns aspectos que influenciam o ato de cuidar no âmbito da família, tais como a equidade entre gêneros, a existência de outros filhos, solidariedade grupal e modos de enfrentamento utilizados pela mãe para o desenvolvimento dessa relação, servindo de auxílio para que ela consiga reestruturar seus sentimentos, tornando-se vital para a recuperação do seu bebê.

Assim, o objetivo do estudo consiste em conhecer a vivência materna com filhos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal.

MÉTODOS

O estudo foi do tipo qualitativo e descritivo, realizado no Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), situado em Fortaleza-CE, no ano de 2005. Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 196-96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽⁸⁾ e teve aprovação do Comitê de Ética do HGCC, sob o número 037/05.

A amostra constitui-se de 11 mães de prematuros internados na UTIN do referido hospital. Estas eram convidadas a participarem voluntariamente do estudo pelos pesquisadores. Foram excluídas do estudo mães de bebês prematuros internados no médio risco e enfermaria canguru. A quantidade de mães entrevistadas foi estabelecida pela redundância de informações obtidas dos discursos maternos, o que fez os pesquisadores interromperem a captação de novos componentes e que pouco acrescentaria à análise teórica das falas.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista do tipo semiestruturada, desenvolvido pela pesquisadora com base nos objetivos do estudo. Utilizou-se um gravador e diário de campo para registro dos discursos.

A escolha da entrevista como técnica de obtenção dos dados aconteceu em virtude dos conteúdos das falas maternas transcorrerem de forma subjetiva, com expressões de seus sentimentos, e que foram escutadas pelos pesquisadores de forma silenciosa. O tempo para a entrevista não foi determinado pelos pesquisadores.

O local escolhido para entrevista foi o jardim do hospital, que fica localizado em frente à unidade neonatal e enfermaria canguru, sendo em média três mães entrevistadas por dia, no período da manhã. Esse número foi determinado pela necessidade da permanência delas na unidade neonatal e banco de leite.

A entrevista compreendeu duas etapas: a primeira constituída de dados sociodemográficos dos sujeitos, definindo seu perfil; e a segunda composta por uma questão norteadora com base nos objetivos propostos nesse estudo:

o que significava para ela vivenciar o filho prematuro na UTIN.

A escolha da entrevista como técnica de obtenção de dados aconteceu em virtude de que o conteúdo das falas maternas pudesse transcorrer de forma subjetiva, com expressões espontâneas de seus sentimentos, sendo escutado pelas pesquisadoras de forma silenciosa.

O roteiro da entrevista foi utilizado pelas pesquisadoras a cada mãe uma única vez, de acordo com a disponibilidade das participantes. Antes da entrevista, as mães foram esclarecidas sobre os objetivos e a importância da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mediante a garantia de sigilo e anonimato dos sujeitos participantes do estudo.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, para garantir a fidedignidade das falas. Após a transcrição das informações coletadas, os discursos foram recortados e colocados no inventário conforme suas unidades de significação, incorporados em subcategorias e categorias, e posteriormente interpretadas.

Os dados foram analisados através da técnica de Análise de Conteúdo proposta, por Bardin⁽⁹⁾, no qual designa um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos extremamente diversificados, desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos, ou seja, é uma técnica de investigação científica que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.

O procedimento utilizado para a análise de conteúdo foi a classificação das unidades de significação, contagem de suas frequências, e seguiu as seguintes etapas operacionais: **pré-análise** – a constituição do *corpus* delimitou-se em 11 entrevistas com as mães, definidas por adensamento dos dados, através da realização da leitura flutuante das entrevistas transcritas do gravador e diário de campo, posteriormente determinou-se a unidade de análise de registro para tema; **análise** – as entrevistas foram recortadas e colocadas no inventário conforme suas unidades de registro, e depois foram incorporadas em subcategorias e categorias, em seguida discutidas com base na literatura; a última etapa que refere-se ao **tratamento dos dados** – a ênfase na interpretação dos dados residiu na abordagem qualitativa. As categorias foram quantificadas e, em seguida, foram interpretadas com base na literatura⁽⁹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade mínima registrada dentre as mães entrevistadas foi de quinze e a máxima de quarenta e um anos de idade.

Cerca de 6 (55%) do total das mães se encontrava na faixa etária entre quinze a dezenove anos de idade, 3 (27%) se encontravam na faixa etária entre vinte a vinte e cinco anos de idade e 2 (18%) dos sujeitos se apresentavam com idade acima de vinte e cinco anos.

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, associado à grande número de fatores, como os econômicos, educacionais e comportamentais, precipitando problemas e desvantagens decorrentes da maternidade precoce⁽¹⁰⁾. Tais fatos implicam na antecipação da perda do elemento de transição para a fase adulta, e emancipação de deveres e tomada de decisão, repercutindo no cuidado para com o filho^(11,12).

Em relação à escolaridade, 4 (37%) das mães pesquisadas cursaram o 1º grau completo, 3 (27%) cursaram o 1º grau incompleto, 2 (18%) o 2º grau incompleto e 2 (18%) o 2º grau completo.

Mães adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos, com baixo nível de escolaridade, apresentam pelo menos o dobro de probabilidade de gestarem um filho quando comparadas àquelas com maior escolaridade. A correlação entre o evento gravidez na adolescência e abandono escolar implica na investigação de fatores, tais como: ordem da ocorrência dos eventos, gravidez e abandono escolar, período educacional em que a adolescente se encontra, e condições sociais e econômicas⁽¹¹⁾.

Quanto ao nível de ocupação materna, foi observado que 5 (46%) se dedicavam às atividades do lar, 3 (27%) vivem da agricultura, 1 (9%) é costureira, 1 (9%) trabalhava como doméstica sem carteira assinada e 1 (9%) das mães era estudante.

Os fatores sociais e econômicos influenciam muito nas relações psicoafetivas, tornando o indivíduo mais fragilizado em relação aos acontecimentos e às pessoas nos mais diferentes meios: familiar, individual e social⁽¹³⁾. Nesse estudo, observou-se que a fragilidade emocional não dificultou o desenvolvimento de uma postura ativa das mães, pois estavam atentas ao estado de saúde de seus filhos, demonstrando grande interesse e afeição ao referirem-se a eles, como se observa nas falas a seguir:

Eu gostaria de saber de tudo que acontece com ela (Mãe I).

Eu gostaria de saber sobre o estado dele, como estão tratando do meu nenê (Mãe II).

Quando eu chego lá, pergunto tudo sobre ele: se ele tá bem, se vai fazer mais exames, quantos dias vai passar, quando é que vou começar a dar de mamar para ele, quando ele vai pra casa, se ele está tomando remédio, quantos dias ele vai tomar esse remédio, se quando terminar o remédio posso levá-lo para casa ou se posso levar com menos peso se ele começar a mamar (Mãe 6).

Nesse momento, a equipe deve reconhecer a necessidade de estimular e auxiliar a interação da diáde como um dos objetivos do cuidado neonatal⁽¹⁴⁾.

Quanto ao número de gestações, onde 82% eram de mães primigestas e 18% eram multigestas. Observou-se que as mães primigestas eram mais ansiosas e inexperientes nos cuidados com o bebê prematuro, ainda tão pequeno e frágil, enquanto as multigestas sentiam-se mais seguras e refletiam preocupação com os outros filhos, com a casa e com o companheiro. Embora seja difícil vivenciar a prematuridade dos filhos no hospital, percebemos ampla aceitação das mães para superar todas as dificuldades.

Após análise dos discursos emergiram, então, as categorias finais: vivenciando sentimentos maternos em relação ao bebê de risco; os signos e significados da unidade neonatal para as mães dos prematuros; percepções maternas acerca da prematuridade e vivenciando a formação do vínculo materno-filial.

Vivenciando sentimentos maternos em relação ao bebê de risco

Todo nascimento comporta certo grau de angústia e um remanejamento psíquico profundo, ou seja, os pais terão que lidar com o luto junto ao nascimento: o luto do bebê imaginário e, ainda existe, no caso de pais de prematuros, o luto do bebê real, que agora corre risco de vida⁽¹⁵⁾. O sofrimento será expresso nos sentimentos de culpa e de preocupação.

Eu me senti bastante culpada de estar vendo ela naquela situação (Mãe 5).

Quando eu vi dois dias após o parto que eu cheguei aqui, eu chorei muito porque ela estava naqueles aparelhos, oxigênio e tudo mais (Mãe 3).

É muito difícil, sempre sonhei ter um bebê e quando nasceu foi prematuro (Mãe 8).

Nunca tinha visto antes, tive susto, tantos aparelhos... (Mãe 10).

Quando o vi, me assustei. Ele é muito pequeno (Mãe 7).

A expressão dos sentimentos, assim como a obtenção de informações sobre as capacidades dos recém-nascidos, torna mais fácil a aproximação dos pais com seus bebês. Se um bebê pequeno e prematuro é tocado, embalado e acariciado diariamente, ou se conversarmos com ele durante sua permanência na UTI, ele poderá apresentar menos falhas na respiração, ganho de peso e um progresso mais rápido em algumas áreas do funcionamento cerebral.

Cair no mundo da prematuridade do filho é encontrar algo que não está à mão como concebido previamente. A presença materna fica sem saber o que fazer, isso não se dá por escolha própria. Ela vive a maternidade da forma que lhe é autorizada pelos outros⁽¹⁶⁾.

Ajudar a mãe a sobreviver nessa situação é dar-lhe um mínimo de elementos de sustentação do eu, deixando-a expressar suas angústias, levando-as a sentirem seus bebês vivos. Visando o sucesso dessa relação, é importante que a equipe desperte um estado de preocupação quanto aos sentimentos ambivalentes que podem prejudicar o estado emocional da mãe.

Os signos e significados da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para as mães dos prematuros

Por ser um ambiente que indica agravamento no estado de saúde do paciente, a UTIN desencadeia sentimentos conflitantes nas mães que acompanham seus bebês de risco. Tratando-se das mães entrevistadas neste estudo, vários sentimentos foram apontados por elas:

Eu tenho esperança que ele saia da UTI com saúde (Mãe 3).

... E eu tenho fé em Deus que ele vai sair logo (Mãe 6).

Logo no começo eu senti medo de perder meu bebê quando eu vi ela naquelas aparelhagens, mas depois eu consegui ver que ela podia ficar bem e sair daqui logo (Mãe 5).

É essencial para a mãe ser ajudada a descobrir o bebê diante da observação de suas competências, habilidades e respostas diante da interação com o meio. A equipe deve apoiar essa mãe fragilizada, muitas vezes incapaz de favorecer ao bebê o atendimento de suas necessidades vitais, dentre elas a amamentação, uma forma de aproximar a mãe do bebê o mais precoce possível.

São umas mães pra ela (Mãe 6).

Eu acho que elas cuidam muito bem dos bebês, que elas são muito legais (Mãe 1).

Medo eu não sinto, porque eu sei que ele está sendo muito bem cuidado (Mãe 9).

Acho muito bom, quando tenho uma dívida e elas me explicam (Mãe 3).

Num primeiro momento, mãe e filho serão submetidos às restrições impostas pela situação de risco e instabilidade do bebê. Logo após o nascimento, ocorre uma brusca separação entre mãe e filho; um ser pequeno e imaturo é apresentado à mãe que, por sua vez, terá que compartilhá-lo com a equipe multiprofissional, que detém o saber em relação à sobrevivência do prematuro. E ainda tem que lidar com a possibilidade da perda, gerando insegurança e medo⁽¹⁶⁾. Elas mostravam-se apreensivas com o ambiente da UTIN e carentes de orientações e informações precisas sobre o estado de saúde de seus bebês.

Eu não imaginava que o ambiente era assim tão doloroso, eu achei que fosse mais fácil, mas não é nada fácil (Mãe 3).

É muito doloroso, mas a gente tem que aprender a lidar com os altos e baixos (Mãe 3).

Eu nunca tinha passado por uma experiência dessa (Mãe 5).

Logo no começo eu senti medo de perder meu bebê, quando eu a vi naquelas aparelhagens (Mãe 10).

É muito estressante e difícil (Mãe 7).

Fui até o médico pra saber o que ela tinha, o que ia tomar, qual eram as chances dela (Mãe 3).

Outras mães, no entanto, reconheciam a importância da Unidade de Tratamento Neonatal para a manutenção da vida de seus filhos, como nas falas abaixo:

Lá é mesmo que ela tivesse dentro da barriga da mãe (Mãe 1).

Aí dentro ela está mais protegida do que aqui fora (Mãe 3).

Se não tivesse essas UTINs para a gente ficar com ela, eu acho que ela corria perigo de vida (Mãe 6).

Percepções maternas acerca da prematuridade

De acordo com os relatos maternos verificou-se que diante da palavra prematuridade emergiram alguns significados por aproximação semântica desse tema, tais como: doença, angústia, culpa, medo, sofrimento, morte, cuidado, responsabilidade e amor.

Eu fico triste, mas ao mesmo tempo feliz, porque ele nasceu vivo e tem oportunidade de sair com vida (Mãe 11).

Eu nunca imaginava ter um bebê prematuro, mas eu fiquei feliz (Mãe 9).

É bom ver o nenê da gente e ao mesmo tempo ruim (Mãe 1).

Quando ela está muito grave eu me preocupo, mas agora ela já está melhor (Mãe 2).

Tais sentimentos são resultados do comportamento do sujeito decorrente da interação do seu organismo e do meio em que vive, é, portanto, claro que depende de condições fisiológicas e sociais, embora não se possa reduzir o psíquico ao orgânico e nem dicotomizá-lo. Um fato psíquico é sempre um fenômeno complexo dependente de fatores sensoriais, motores, afetivos, intelectuais, sociais e comportamentais, não sendo considerado como um simples agregado de elementos isolados e sim integrados em um todo, eles por si só abrem ao sujeito a possibilidade de instaurar um novo tipo de relação com o meio em que vive⁽¹⁷⁾.

O homem tem a capacidade de selecionar os sentimentos bons e ruins, mas em algumas situações ele terá que suportar acontecimentos ruins, não podendo fugir destes, surgindo, portanto, sentimentos desagradáveis. Isso acontece quando uma mãe vivencia a internação de seu filho prematuro em uma Unidade de Cuidados Intensivos, demonstrando, muitas vezes, não somente ansiedade, mas sentimentos de negação que irão dificultar na relação com seu bebê⁽¹²⁾.

Vivenciar a permanência do filho prematuro na UTIN implica não somente um reflexo ou uma imagem fotográfica da realidade, mas a internalização do objeto que tenta elaborar, de uma forma dinâmica e móvel⁽¹⁸⁾.

A prematuridade, objeto misterioso, torna-se agora palpável e objetiva, sendo necessário muitas vezes que a mãe recorra a experiências anteriores para integrar-se a esse novo mundo, recorrendo ao que é familiar para fazer uma espécie de conversão da novidade: trazê-la ao território conhecido de sua bagagem emocional, ancorando o novo, o desconhecido, retirando-o da sua navegação às cegas, pelas águas do não familiar.

A representação é um processo que torna conceito e percepção intercambiáveis, uma vez que se engendram mutuamente, como no caso do inconsciente agitado ou do complexo visível a olho nu, portanto, a elaboração dessas representações implica na construção de um conhecimento partilhado e socialmente elaborado entre mães e equipe da UTIN, articulando elementos afetivos, cognitivos e sociais⁽¹⁹⁾.

A equipe poderá contribuir para a mãe “cuidar” do bebê, percebendo-o como sujeito no mundo e com suas necessidades, o que facilitará o resgate da maternidade. Isso deverá ser conduzido durante os cuidados diários, para que a mãe possa se comunicar com ele através do toque, um dos estímulos mais eficazes para o desenvolvimento da relação mãe-filho⁽²⁰⁾.

A partir da convivência das mulheres com os profissionais é que elas referem ter superado seus medos. O convívio permite a formação de um vínculo, a tal ponto de sentirem-se até familiarizadas no ambiente de internação da criança⁽²¹⁾.

Vivenciando a formação do vínculo materno-filial

O vínculo é um processo gradual, que contribui para a participação da mãe nos cuidados e no fortalecimento da relação mãe-filho, como visto a seguir:

Eu queria que ela estivesse em meus braços para eu mesma estar cuidando dela (Mãe 2).

Eu ajudo. Eu já dei banho, troco fralda e dou a alimentação dela (Mãe 5). Na primeira vez que eu a vi o meu coração já começou a sentir amor por ela (Mãe 1).

Quando eu toquei na mão dele, fiquei calma (Mãe 9).

O processo de maternalidade, ou seja, a construção do cuidado materno, parece então ficar mais fácil de ser incorporada ao “eu materno” quando este é vinculado no grupo social das mães, ou seja, sentir-se e estar em família, participar do mundo de outras mães, extrair sentimentos de ambivalência para com o bebê, aceitando a novidade, reconhecer o filho como seu e aprender a

comunicar-se com o bebê são passos a serem mais facilmente enfrentados em conjunto com outras mães⁽¹²⁾.

Todo esse processo de manifestação de sentimentos é importante para que a mãe possa adquirir maturidade e capacidade para cuidar do seu filho, fortalecendo o processo de construção do vínculo afetivo⁽¹²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a mãe do prematuro vivencia momentos de dificuldades diante da situação de risco e instabilidade do bebê, causando sentimentos ambivalentes em relação à prematuridade. Apesar disso, constatou-se que sentimentos de felicidade, amor e desejo de ver seu bebê receber alta e conviver com sua família, foram significativos em relação aos sentimentos de tristeza e medo de perder o seu filho.

Participar dos cuidados com o bebê, conhecendo as suas especificidades e compartilhá-lo com a equipe da unidade neonatal, caracterizam-se como modos de enfrentamento, que podem ajudar as mães de prematuros para a compreensão dessa nova realidade.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J Pediatr*. 2005; 81(Supl 1):S111-8.
2. Veras RM, Traverso- Yopez MA. A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso: Programa Canguru. *Rev Estudos Feministas*. 2010; 18(1):61-80.
3. Salge AKM, Vieira AVC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. *Rev Electronica Enferm*. 2009; 11(3):642-6.
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Taxa de prematuridade. Brasília;DF: 2005. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/-qualificação/pdf/atenc_saude1fase.pdf
5. Brazelton TB. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
6. Camarinho APF, Alves CA das N, Ferreira APC, Gomes AIF. Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos. *Acta Pediatr Port*. 2009; 40(2):53-7.
7. Kennel JH, Klaus MH. Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatr Rev*. 1998; 19(1):4-12.
8. Brasil. Resolução CNS no 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 201, p. 21082, 16 out.1996. Seção 1.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2002.
10. Chalen E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 23(1):177-86, jan, 2007.
11. Almeida MCC. Gravidez na adolescência e escolaridade: um estudo em três capitais brasileiras [tese]. Bahia: Universidade Federal da Bahia; 2008.
12. Sá ES. Percepção dos sentimentos e emoções maternas no método mãe-canguru [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2004.
13. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1):153-61.
14. Fraga ITG, Pedro, ENR. Sentimentos de mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2004; 25(1):89-97.
15. Brazelton TB, Cramer BG. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
16. Oliveira BRG, Collet N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre vínculo afetivo crinaça-família. *Rev Latinoam Enfermagem*. 1999; 7(5):95-102.
17. Tassoni ECM. Afetividade e aprendizagem: a relação professor-aluno [acesso em 2010 Ago 15]. Disponível em: http://www.puc_campinas.edu.br/cca/producao/arquivos/extensao/Afetividade/aprendizagem.pdf
18. Brito MHA. Ser mãe-de-prematuro: o cuidado inimitável da presença materna. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2002.
19. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa* 2002;117:127-47.
20. Sá FE, Sá RC, Pinheiro LMF, Callou FEO. Relações interpessoais entre profissionais e as mães de prematuros da enfermaria canguru. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2010; 23(2):144-9.
21. Silva RV, Silva IA. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(1):108-15.

Endereço primeiro autor:

Raphael Colares de Sá
Rua Ministro Joaquim Bastos, 471/1601
Bairro: Fátima
CEP: 60415-040 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: rapha.colares@hotmail.com

Endereço para correspondência:

Fabiane Elpídio de Sá
Rua Ministro Joaquim Bastos, 471/1601
Bairro: Fátima
CEP: 60415-170 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: fabianeelpidio@ufc.br