

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM



**SENTIMENTOS DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Iara Teresinha da Gama Fraga

Orientadora: Prof. Dr.ª Eva Nery

Porto Alegre, maio de 2002

Iara Teresinha da Gama Fraga

**SENTIMENTOS DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Eva Néri Rubim Pedro

Porto Alegre, maio de 2002

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO
NA PUBLICAÇÃO (CIP)

F881s Fraga, Iara Teresinha da Gama

Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem/Iara Teresinha da Gama Fraga; Orientação de Eva Neri Rubim Pedro. - Porto Alegre, 2002.

89 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem.

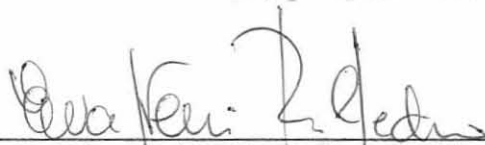
1. Recém-nascido prematuros: Sentimentos das mães – 2. Enfermagem. – I. Título.

Bibliotecária responsável Lucia V. Machado Nunes
CRB 10/193

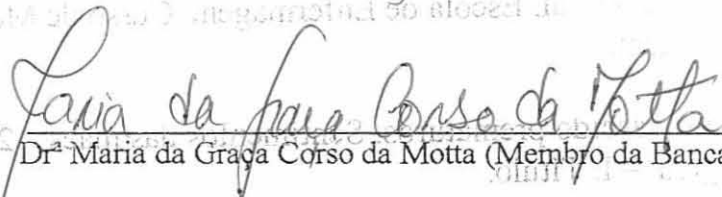
BIBLIOTECA
Escola de Enfermagem da UFRGS
Reg. n.º 733
Porto Alegre, 09/03/02

T
450.2
F811s

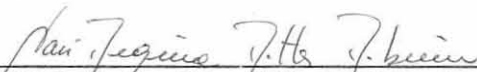
BANCA EXAMINADORA



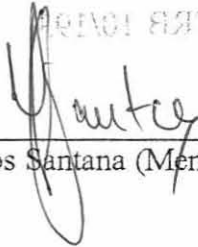
Dr^a Eva Néri Rubim Pedro (Presidente da Banca)



Dr^a Maria da Graça Corso da Motta (Membro da Banca)



Dr^a Nair Regina Ritter Ribeiro (Membro da Banca)



Dr^o João Carlos Santana (Membro da Banca)



Dr^a Ana de Lourenzi Bonilha (Membro Suplente)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Marta Júlia Marques Lopes, coordenadora do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

À Professora Doutora Ida Haunss de Freitas Xavier – Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

Aos colegas do Mestrado pelo companheirismo e amizade;

Aos colegas da UTI Neonatal e da Unidade de Internação Obstétrica do Complexo Hospitalar Santa Casa e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;

Às supervisoras e chefias de Enfermagem do Complexo Hospitalar Santa Casa pelo apoio, colaboração e confiança depositadas, à minha pessoa, no decorrer dos 14 anos de trabalho nesta instituição.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Professora Doutora Eva Neri Rubim Pedro – Orientadora, pela parceria, conhecimento, estímulo e dedicação no decorrer deste trabalho;

À professora Doutora Ana Lúcia de Lorenzi Bonilha pelo incentivo nesta caminhada;

À acadêmica de Enfermagem (UFRGS) Débora Fernandes Coelho pelo entusiasmo e colaboração na finalização deste estudo;

À chefe de Enfermagem da área Materno-Infantil do Complexo Hospitalar Santa Casa, Leila Jaggi, pelo apoio;

Às supervisoras da área Materno-Infantil, Simone Silva e Simone Moreira, pela confiança e consideração;

À minha família pelo amor e incentivo nesta caminhada;

Muito especialmente às mães dos bebês que aceitaram ser sujeitos da pesquisa;

E ao meu sobrinho, Victor Matheus Menegalli (Prematuro) que me ensinou ver a vida de um outro ângulo.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	9
RESUMO.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 A TRAJETÓRIA DA PROFISSÃO ENFERMAGEM NO CENÁRIO DO CUIDADO.....	14
3 REFLETINDO SOBRE A FAMÍLIA.....	18
4 CONHECENDO OS SENTIMENTOS: IMPORTÂNCIA PARA O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO MÃE/BEBÊ.....	24
5 (RE)CONHECENDO O BEBÊ PREMATURO.....	34
6 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	39
7 CAMINHAR METODOLÓGICO.....	42
7.1 Escolha do Método.....	42
7.2 Conhecendo o contexto do cenário de investigação.....	44
7.3 Seleção dos sujeitos.....	45
7.4 Coleta das informações.....	47
7.5 Aspectos éticos.....	50
7.6 Análise das Informações.....	51
8 DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	53
REFLEXÕES FINAIS.....	64
ABSTRACT.....	69

RESUMEN.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
APÊNDICES.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS

ISCOMPA.....	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/Complexo Hospitalar Santa Casa
CO.....	Centro Obstétrico
AC.....	Alojamento Conjunto
UIO.....	Unidade de Internação Obstétrica
RN.....	Recém-Nascido
RNs.....	Recém-Nascidos
RNPT.....	Recém-Nascido Prematuro
UTIN.....	Unidade de Terapia Intensiva Neonatológica (Neonatal)
UTI.....	Unidade de Terapia Intensiva
UCL.....	Unidade de Cuidados Intermediários
IG.....	Idade Gestacional

RESUMO

O presente estudo aborda os sentimentos das mães de recém-nascido prematuro internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O objetivo do estudo é: Conhecer os sentimentos das mães em relação ao bebê prematuro internado em um hospital com a finalidade de propiciar o desenvolvimento de um cuidado mais efetivo ao binômio mãe-filho. O estudo desenvolveu-se nos meses de outubro e novembro de 2001. A coleta das informações se deu por meio de uma entrevista semi-estruturada. A questão norteadora do estudo é: Como você se sente tendo seu filho internado em uma UTI Neonatal? Trata-se de um estudo de cunho qualitativo do tipo estudo de caso, realizado na UTI Neonatal do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre/RS. Foram investigadas 20 mães de bebês prematuros com idade gestacional entre 31 e 36 semanas, classificados como moderadamente prematuros. Nas análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Emergiram dos relatos das mães duas categorias denominados SENTIMENTOS e ACONTECIMENTOS, e cinco subcategorias: PERCEPÇÕES INICIAIS, PERCEPÇÕES POSTERIORES, SEPARAÇÃO MÃE-BEBÊ, TRATAMENTO E ASPECTO FÍSICO DO RN. Ao término do estudo, os resultados remetem a uma reflexão para a prática do cuidado ao binômio mãe/bebê, além de vislumbrar a necessidade de aprofundamento de conteúdos sobre sentimentos e emoções capazes de aprimorar a assistência.

ABSTRACT

The present study approaches the feelings of mothers with premature newborn babies receiving treatment at the neonatal intensive care unit. The goals are: to identify the feelings of mothers with premature babies in treatment at a hospital and provide the development of more humane care to the mother-child binomial. The guiding question of the study is the following: how do you feel having your baby being treated at the neonatal intensive care unit? This is a qualitative case study conducted at Santa Casa Hospital Complex, Porto Alegre/RS. 20 mothers of premature babies were interviewed, the babies' ages ranged from 31 to 36 weeks, classified as moderately premature. The study was carried out in the months of October and November, 2001. Data collection was achieved by means of semi-structured interviews containing one question only. For data analysis, Bardin's analysis of content was used. Two categories emerged from the mothers' reports: FEELINGS AND EVENTS; along with five subcategories: EARLY PERCEPTIONS, LATER PERCEPTIONS, MOTHER AND CHILD'S SEPARATION, TREATMENT and NEWBORN BABY'S PHYSICAL ASPECT. Upon study completion, the results indicate a reflection on care procedures to the mother and baby binomial, in addition to conjecturing the urge of further knowledge on feelings and emotions able to improve health care.

RESUMEN

El presente estudio aborda el sentimiento de las madres de recién nacido prematuro internado en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Los objetivos son: Conocer los sentimientos de las madres de los bebés prematuros internados en un hospital y propiciar el desenvolvimiento de un cuidado más humanizado al binomio madre-hijo. La cuestión norteadora del estudio es: Cómo se siente usted teniendo a su hijo internado en la UTI Neonatal? Se trata de un estudio cualitativo del tipo de estudio de caso, realizado en la UTI Neonatal del Complejo Hospitalar de la Santa Casa de Porto Alegre/RS. Fueron investigadas 20 madres de bebés prematuros con edad gestacional entre 31 y 36 semanas, clasificados como moderadamente prematuros. El estudio se desarrolló en los meses de octubre y noviembre de 2001. La colecta de las informaciones se dió por medio de una entrevista semiestructurada conteniendo apenas una pregunta. Para el análisis de los datos fue utilizada la técnica de Análisis de contenido de Bardin. Emergieron de los relatos de las madres dos categorías denominada SENTIMIENTOS y ACONTECIMIENTOS, y cinco subcategorías: PERCEPCIONES INICIALES, PERCEPCIONES POSTERIORES, SEPARACIÓN MAMÁ-BEBÉ, TRATAMIENTO y ASPECTO FÍSICO DEL RN. Cuando se terminó el estudio, los resultados remiten a una reflexión para la práctica del cuidado al binomio mamá-bebé, además de vislumbrar la necesidad de profundizar los contenidos sobre sentimientos y emociones capaces de aprimorar la existencia.

1 INTRODUÇÃO

O meu envolvimento com a neonatologia surgiu após o Curso de Graduação em Enfermagem, em agosto de 1994, quando me candidatei a vagas em alguns hospitais de Porto Alegre como enfermeira assistencial. O primeiro hospital em que fui selecionada era para substituir vaga em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) Neonatal, na qual só tinha a experiência do período de estágio ao longo do curso de graduação. Aceitei o emprego e me deparei com um "mundo" pouco conhecido. Então tive uma grande necessidade de aperfeiçoar imediatamente meus conhecimentos nesta área. Nesta trajetória profissional comecei a observar e acompanhar os pais de RNs (recém-nascidos) internados na UTI. Em 1996, fui selecionada em outro hospital, também para área de neonatologia, na qual aprofundi meus conhecimentos e me apaixonei. Neste local desempenho minhas funções até hoje.

Intensifiquei meu acompanhamento aos pais de recém-nascidos prematuros (RNPT) onde o tempo de internação é prolongado e, conseqüentemente, a separação é inevitável. Percebo nestes pais, com freqüência, que a ansiedade, insegurança e culpa frente à situação os tornam mais exigentes, solicitantes e temerosos quanto aos cuidados

prestados ao seu filho internado, o que gera em algumas vezes, um certo grau de insatisfação.

O nascimento de um filho antes do tempo ou com complicações patológicas que impliquem em uma hospitalização é uma situação difícil e penosa para todos na família e principalmente para a mãe, que muitas vezes, sente-se culpada por esse acontecimento.

A internação hospitalar é vista como algo negativo, que desperta sentimentos os mais variados, desde alívio em certos casos, até ameaçador em outros. Durante vários meses para as mães, o sonho da fantasia de um nascimento perfeito, a amamentação, os cuidados com o recém-nascido e alta hospitalar levando o filho para casa foram programadas. Com o nascimento prematuro, há uma mudança em todos os planos familiares, fazendo com que haja uma realidade contraditória. O ambiente hospitalar é pouco ou nada atrativo para os pais, conforme bem descritos por Brazelton (1988) quando relata a sensação de um pai ao entrar pela primeira vez numa UTI Neonatal, que vê este local como uma floresta de equipamentos onde se encontram corpinhos minúsculos e quase indistigíveis como humanos, provocando-lhes a sensação de desmaio. Esta situação pode dificultar a aproximação dos pais e filhos.

Levando em consideração a minha experiência na área de neonatologia e a minha preocupação em compreender melhor os sentimentos das mães de RNPT, resolvi conhecer como essas mães percebem e sentem essa vivência frente ao seu filho. Para tanto, selecionei a seguinte questão de pesquisa: Como você se sente tendo seu filho internado nesta unidade de terapia intensiva neonatal?

Espero que este trabalho auxilie a equipe de enfermagem a entender melhor os sentimentos dessas mães durante a internação de seu filho e posteriormente se possa

formar grupos de apoio para mães contando com auxílio dos profissionais que atuam junto aos RNs, e a partir daí fornecer uma atenção integral à saúde de mães e do recém-nascido prematuro.

Desta forma, é objetivo deste estudo:

- Conhecer os sentimentos das mães de bebês prematuros internados em um hospital, com a finalidade de propiciar o desenvolvimento de um cuidado mais efetivo ao binômio mãe/filho.

Barbosa et al. (1995) referem que humanizar a assistência neonatal é atender, de maneira individualizada, as necessidades do RN e de sua família, visando a ótima qualidade de cuidado, independente do resultado, a sobrevida ou a morte do RN. O cuidado humanizado deve ser capaz de transmitir aos pais o sentimento de solidariedade e de respeito à sua dor.

Brazelton e Cramer (1992, p. 200) em seus estudos concluem que:

“O nascimento de um bebê prematuro é um severo golpe à auto estima das mães as suas capacidades de maternagem e ao seu papel feminino. É concebido como uma perda de uma parte do corpo, uma afronta à sua integridade corporal e um sinal de inferioridade interior. O nascimento prematuro reforça um sentimento de irreabilidade em relação à criança que é percebido como estranha, portanto mais facilmente rejeitada.”

Este mesmo autor afirma que “a resposta materna precisa ser estimulada pela íntima interação neonatal, entre mãe e criança, desde o início”. É justamente neste momento que o papel da Enfermagem se faz importante e significativa. Reconhecer a necessidade de estimular e auxiliar a interação da mãe com o seu bebê é um dos objetivos do cuidado neonatal.

2 A TRAJETÓRIA DA PROFISSÃO ENFERMAGEM NO CENÁRIO DO CUIDADO

A inclusão deste capítulo se faz necessária para que se possa compreender melhor a trajetória da profissão e como as enfermeiras organizaram-se para o aprimoramento da prática do cuidado através dos tempos.

Sabe-se que os cuidados ao doente foram prestados por distintas categorias até a institucionalização da profissão.

No período antes de Cristo aparece na história o registro do preparo de pessoas, que possuíam habilidades e conhecimentos, inclusive sobre a administração de remédios para cuidar dos doentes.

Conforme Paixão (1963, p.12), “sacerdotes, feiticeiros e mulheres, de modo geral, prestavam cuidados, existindo em alguns povos, a exemplo do Egito, distinção entre os sacerdotes que cuidavam dos ricos e outra categoria de sacerdotes que cuidavam dos pobres.”

Como o cuidado ao doente era feito em casa e prestado quase sempre pela mulher, o trabalho de enfermagem estava, na sua origem, associado ao trabalho feminino, pouco valorizado socialmente, de acordo com o papel designado à mulher.

Aproximadamente na metade do século XIX surgiram os esforços pioneiros de Florence Nightingale que contribuíram grandemente para que a enfermagem, além de arte, iniciasse tentativas de um progresso científico.

Com o decorrer do tempo muito se descobriu no campo das ciências físicas, biológicas e sociais, contribuindo para uma evolução no conceito de prevenção, cura e reabilitação de distúrbios físicos e mentais. Porém, durante três décadas perdurou a mentalidade de tratar-se sobretudo a doença.

A etapa que seguiu focalizou a enfermagem integrada. Considerava-se o paciente como o centro do cuidado de enfermagem, recebendo atendimento individualizado e, sobretudo, salientando a inter-relação dos sistemas biopsicossociais-espirituais da pessoa humana.

Paixão (1963) refere que a partir do século XIX a enfermagem evoluiu como profissão, com direitos próprios. O registro da profissão de enfermeiro foi instalado em 1918, e o ato das enfermeiras em 1943, estabeleceu o regulamento, além do registro, desde então, o treinamento vem se especializando cada vez mais.

Florence Nightingale (1989, p.16) “retoma a voz da enfermagem a partir de 1859, propõe a enfermagem como ciência mesmo concebendo-a como belas artes”. Florence (1820-1910) inaugura um movimento de reformas no setor de a saúde, criando a enfermagem moderna (profissionalizada) somando-se à galeria dos humanistas que mudaram o mundo. Para Florence as leis relacionadas com a saúde são todas as mesmas leis relacionadas com a enfermagem e prevalecem tanto para indivíduos sadios, quanto para doentes.

Helman (1994) diz que o enfermeiro hoje lidera a equipe de enfermagem e está definido como profissão independente da área da saúde com seus direitos próprios.

Horta et al. (1979) dizem que quando iniciou o processo de enfermagem, dividindo a categoria dentro de sua formação, os enfermeiros deveriam além de aprofundar-se mais dentro de seu conhecimento, assumir funções técnicas e administrativas.

Para King (1981), a enfermagem é definida como processo de ação, reação e interação pelo qual o enfermeiro e cliente compartilhavam informações sobre suas percepções na situação da enfermagem e concordam com os objetivos estabelecidos para a recuperação do mesmo.

A mesma autora (1981, p.16) afirma que "a enfermagem é um processo de interações humanas entre enfermeiro e cliente, através das quais cada um percebe o outro e a situação, e que com a comunicação fixam metas, exploram meios e concordam acerca dos meios para alcançar as metas".

Para Lima (1993) a Enfermagem, conhecida como Dama de Branco, representa e faz a ciência humana, de pessoas e experiências, com um campo de conhecimentos, fundamentações e práticas que abrangem o estado de saúde e o estado de doença. A enfermagem é mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas do cuidar de seres humanos.

A ação incondicional do trabalho de enfermagem, ou seja, o cuidado, envolve movimentos corporais, impulsos de amor, de ódio, de alegria, de tristeza, de esperança, de desespero, de energia e disponibilidade para agir, para tocar e sentir as dores do corpo, ouvindo e vendo tudo que envolve o cliente e a enfermagem. É ato libertado que representa a essência da realidade da enfermagem, por que é a própria ação humana, e vai além da liberdade de dar vazão às emoções, que envolve o próprio desejo de viver ou de morrer. Também é ação política que pode ser revolucionária. O seu acontecer

pode romper com o passado, com o que está estabelecido e tornar sua/seu executor mais livre e feliz, sentindo prazer em cuidar do outro.

A atenção de enfermagem é a prestação de práticas terapêuticas capazes de dar aos pacientes/usuários conforto e segurança permitindo que estejam bem consigo mesmos, que tenham atitudes humanísticas e altruístas, que possam conversar sobre tudo e a respeito de si mesmos, que se sintam seguras quanto ao cuidado recebido e ao local que os recebe para tratamento, ao mesmo tempo que cria/recria o auto-cuidado, a vontade de cura. Essa atenção decorre de uma adequada escuta e prontidão.

A escuta de enfermagem tão importante para (re)conhecer e desvelar o "outro" é a capacidade de colocar-se à espreita (o estar sempre ao lado de) para escutar as palavras, os silêncios, os sinais e sintomas de nossos pacientes/usuários das ações de enfermagem, acompanhando as expressões de vontade de saúde diante de acontecimentos, sofrimentos ou padecimentos, o oferecimento de um encontro afirmativo da vida, expulsando o corpo resignado do paciente (adjetivo do sujeito de paciência).

No séc XIX o paciente era visto em partes, não como um ser humano com suas necessidades físicas e psicológicas. Os profissionais que ali estavam viam-no como um banho, um medicamento, um curativo no qual dividiam as tarefas entre várias pessoas da equipe. Com o desenvolvimento e aprimoramento da enfermagem essa visão altera-se para a visão globalizadora, integral do indivíduo, ou seja, holística.

A humanização na área da saúde vem evoluindo gradativamente. As instituições vem cada vez mais preocupando-se em direcionar suas equipes ao cuidado humano não esquecendo que seus pacientes/clientes também tem uma família que ali está atenta e preocupada com a sua recuperação.

3 REFLETINDO SOBRE A FAMÍLIA

A família geralmente cria muitas expectativas em torno do nascimento de um filho, como algo maravilhoso, repleto de alegrias, um bebê lindo, como todos esperavam. Quando tais expectativas não se confirmam e os pais não estão preparados para enfrentar as dificuldades do período pós-parto e intercorrências que ocorreram com o bebê, muitas vezes ocorre frustração e sentimento de culpa por parte dos pais. Conforme Ávila (1998, p.138), “o mito da maternidade aceito em nossa sociedade afirma que as mães devem sentir só amor e ternura pelo bebê, e ainda, satisfação por se sacrificarem a serviço do filho”.

Maldonado (1989, p.95) destaca que ter um filho é “a passagem de uma das transições existentes mais relevantes do ciclo vital, especialmente no tocante as modificações de identidade”. Afirma, também, que o homem e a mulher são um todo e uma parte em contínuo processo de comunicação e inter-relação, formando juntos um novo sistema de funcionamento. Com a vinda de filhos a complexidade da família aumenta e, não raro, dificuldades conjugais já existentes intensificam-se.

De acordo com Ávila (1998) neste período se estabelecem sentimentos ambíguos, a alegria pela chegada do bebê e a insegurança no cuidado deste. O filho

pode representar ganho, como a possibilidade de continuidade e amor, mas pode representar a perda da liberdade.

Conforme a mesma autora nossa sociedade deve entender como legítimos e naturais os sentimentos contraditórios dos pais em relação ao filho nos dias que se seguem ao parto e, que possam permitir-se expressar e viver estes sentimentos, a fim de manterem uma relação saudável com seu filho. De acordo com Maldonado (1989) o bebê ao nascer se constitui num enigma para os pais, pois representa esperança de auto-realização e, simultaneamente, ameaça expor as dificuldades ou deficiências destes.

Segundo Boyd (1990, p.196) “durante o tempo de crise, as fronteiras do sistema da família se acham mais permeáveis e, em consequência a família se acha mais aberta a intervenção.” Afirma, também, que valorizar os sinais de perigo do sistema familiar durante os períodos de transição e a intervenção da enfermeira nesse momento pode ser definidos para ajudar a família a redobrar sua estabilidade. O contato da enfermeira com a família inicia-se, muitas vezes, nesses períodos.

Família é um grupo de pessoas estreitamente ligadas, pais e filhos, descendentes de um passado comum (Blakiston, [199.]).

Boyd (1990, p.185) define a família como “um sistema social composto de dois ou mais indivíduos com um forte compromisso emocional e que vivem dentro de um lugar comum”.

Osório (1996, p.16) afirma que:

“Família é uma unidade grupal onde se desenvolveram três tipos de relações pessoais - aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consangüinidades (irmãos). A partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições de suas identidades pessoais.”

Conforme Goldany (1994), as famílias apresentam maior diversificação nos arranjos domésticos e estão diminuindo de tamanho. Os arranjos de maior crescimento foram os adultos vivendo só e de famílias monoparentais. Esta diversidade aumentou devido ao incremento no número de famílias reconstituídas.

Segundo Castiel (1993, p.04) a família nuclear é composta pelo homem, a mulher e os filhos embora outras pessoas possam conviver com eles enquanto a família extensa constituiu-se “em um grupo difuso de parentes consangüíneos e pode compreender diversas famílias nucleares.”

Entre as funções da família, uma delas é ser o principal agente socializador das gerações mais novas. Conforme Biasoli-Alves (1999, p.02) “fazem parte da habilidade e competência da família produzir, organizar, dar forma e significado às relações entre seus membros”. Essas funções sofrem sempre a influência de macros variáveis do social.

Delaney, citado por Elsen e Marcon (1999, p.22) destaca que:

“A família serve como zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e a sociedade fornece proteção psicossocial aos seus membros, além de se constituir em um importante veículo de transmissão de cultura, onde se incluem os cuidados com a saúde.”

Campos, Urzúa e Polanco (1985) inferem que a família, como unidade biopsicossocial, cumpre as seguintes funções sociais: reprodução, criação e manutenção dos filhos, desenvolvimento de uma base emocional e transmissão de condutas e valores. Dizem que a família deve ser capaz de cumprir com sua função social de formar indivíduos sãos física e psiquicamente.

Para trabalhar com famílias é preciso estar sensibilizado como destaca Ângelo (1999, p.08):

“Estar sensibilizado é ser capaz de reconhecer a família como um fenômeno complexo que demanda apoio em tempos de dificuldades, sobretudo na situação de doença, é considerar a importância da família para o cuidado de enfermagem e também a importância do cuidado da família em suas experiências de saúde e doença tendo como meta promover um funcionamento pleno de família.”

O ensino sobre família deve iniciar na graduação, tornando-se parte essencial da formação do enfermeiro. A falta de conhecimentos e habilidades tem sido citados como fatores que impedem a enfermagem de aproximar-se da família. O estudo de Lucena (2000) realizado com objetivo de compreender o significado do cuidar para as enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva, constata que o conhecimento técnico e científico é mencionado como algo essencial para o cuidado.

Para Waldow (1998b), o conhecimento somado às habilidades manuais só será efetivo quando estiver presente a sensibilidade humana.

Como diz George (1993), quanto mais se conhece família, mais aumenta a oportunidade de oferecer-lhe um cuidado que atenda as suas reais necessidades.

Mayeroff (1971) aborda o conhecimento como um dos principais componentes do cuidado. É preciso conhecer quem é esse outro que se vai cuidar, quais suas necessidades, limitações e poderes, precisa-se saber como responder a essas necessidades e, ainda, quais os próprios poderes e limitações. O conhecimento teórico-prático adquirido no decorrer da vida profissional deverá transmitir segurança e dividir o cuidado do RN com sua família.

Crossetti (1998) diz que é ao longo da existência que se desenvolve o potencial para o cuidado, processo que acontece de momento a momento, dependendo do estágio de desenvolvimento humano.

Considera-se que, no planejamento de suas ações, os envolvidos nesse cuidado são sujeitos de sua história.

A minha vivência tem mostrado que a equipe aprende a conviver harmoniosamente com os familiares dos RNs, fazendo com que haja mais participação desses familiares junto ao RN e com os profissionais de enfermagem.

Para Waldow (1995) o familiar que permanece no hospital necessita do acompanhamento da enfermagem e de outros profissionais. A finalidade do cuidar é aliviar o sofrimento humano, oferecendo meios para lidar com a crise e com as experiências oriundas da hospitalização da criança.

Segundo Ortiz (1997) o apoio psicológico às enfermeiras permite-lhes entender os sentimentos e atitudes da família, além de auxiliá-las nas formas de abordagem.

O cuidar aparece no estudo de Lucena (2000) como colocar-se no lugar do outro, demonstrando compreender suas atitudes. Para tanto, torna-se relevante que a enfermagem aprimore seus conhecimentos em relação às atitudes de enfrentamento de situações estressantes inerentes à hospitalização infantil para as famílias.

Para a enfermeira, a família é o foco do cuidado, cuja estabilidade reflete-se no cuidar proporcionado à criança. Ampliar o cuidado para a família mostra a sensibilidade do cuidador transcultural e intersubjetivo (Watson, 1996; Leininger, 1993; Waldow, 1998 a).

Em 1990, a lei n. 8069 regulamenta o estatuto da Criança e do Adolescente, e dispõe em seu artigo 12 que "(...)os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e adolescentes" (Brasil, 1990).

Nesse momento, garante-se o direito a qualquer pai ou responsável acompanhar seu filho no processo de doença no ambiente hospitalar.

Conforme Ferrari (1994) a esfera familiar possui uma dinâmica própria, existindo um sistema de regras e normas que regem as interações entre os seus elementos constituídos; tais relações funcionam em consonância com as regras e cultura da sociedade onde está inserida.

A família desempenha papel fundamental nas ações de cuidado, especialmente em função da proximidade maternal que espera-se existir entre seus membros. A família é cuidadora por natureza e o desenvolvimento desse papel dependerá, em grande parte, de sua bagagem cultural.

4 CONHECENDO OS SENTIMENTOS: IMPORTÂNCIA PARA O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO MÃE/BEBÊ

A experiência do nascimento desorganiza as identidades. A nova mãe não é mais a jovem esposa, nem a mulher com uma profissão que antes era. Sente subitamente que ela é ninguém, mas tem um novo bebê que depende inteiramente dela. O marido sente que perdeu, ao mesmo tempo, a mulher, a filha, a amante e a mãe, e que se tornou um estranho. Se houver um filho mais velho, este perdeu de maneira devastadora sua identidade e sua posição de primeiro e único filho. Finalmente, temos o bebê, um ser frágil, em situação precária, transportado de um mundo quente e protegido, que após uma experiência de nascimento claustrofobogênicas passa para um mundo exterior super estimulante, potencialmente agora fobogênico.

A experiência do nascimento destrói a antiga identidade. A mulher após o nascimento sente-se espoliada pela perda do bebê que vivia nela, é como se ela mesma tivesse perdido algo vivo, sentindo-se como uma menina totalmente responsável por esse novo bebê, um verdadeiro bebê, não apenas uma boneca. Sente-se incapaz de assumir essa tarefa sobretudo sozinha e, portanto, se deprime. Em todas as mães é universal um certo grau de depressão, alguns dias após o parto. Essa depressão pode

expressar-se simplesmente por um certo mau humor e um retraimento emocional ou ser muito intensa.

Minha experiência tem permitido vivenciar de perto estes momentos. As mães ao verem seus bebês demonstram uma mescla de sentimentos que, às vezes, deixa a equipe um pouco confusa, pois ao mesmo tempo em que deveria sentir-se recompensada pela chegada do bebê, está angustiada, triste e até agressiva. Isto fica mais evidente quando o bebê é prematuro. A manifestação de medo em aproximar-se, ligar-se a ele é muito maior.

Estudiosos do assunto têm demonstrado fatores que favoreceram a formação do apego pais-bebê. Segundo Bowlby (1988, p.38) “o comportamento de apego é qualquer forma de comportamento que resulta em uma pessoa alcançar e manter proximidade com algum outro indivíduo claramente identificado, considerado mais apto para lidar com o mundo”. Obtém-se sentimentos de segurança quando se sabe que uma figura de apego está disponível.

Maldonado (1989) refere que há o temor de desenvolver uma relação de amorosidade e intimidade com o recém-nascido e vem, sobretudo, do medo de ligar-se a ele e vir a perde-lo.

Viscott (1994, p.92) destaca os seguintes tipos de sentimentos:

- mágoa e perda, também é conhecida com estar perturbado;
- ansiedade – é o medo de ser magoado ou de perder alguma coisa;
- tristeza – é a reação normal e saudável a qualquer infortúnio. A

maioria, se não são todos, dos episódios mais intensos de tristeza são provocados pela sensação de perda eminente ou desesperada, seja de uma pessoa querida, amada da família, de amigos ou conhecidos;

- culpa – é o sentimento de ser indigno, mau, ruim, cheio de remorsos, destacando-se a si mesmo;

- depressão – é o sentimento no qual ocorre alteração do comportamento pessoal como ficar quieto, não falar muito, estar infeliz, melancólico.

Para Brazelton (1988, p.80) “o luto depois de um nascimento prematuro é inevitável, pois dá a sensação de perda e culpa.”

Pierre Budin, citado por Klaus e Fanaroff (1990, p.134), reconhecia em 1907 que “as mães quando separadas de seus filhos muito pequenos, perdem o interesse por aqueles que elas não puderam cuidar ou afagar.”

Viscott (1994, p. 92) afirma que o recém-nascido não existe sem sua mãe, não podendo seu potencial inato se manifestar a não ser pelos cuidados maternos. Graças a uma “preocupação materna primária” a mãe tem capacidade de se colocar no lugar de seu filho e responder às suas necessidades proporcionando que este experimente ameaça de aniquilação e possa assim investir seu “self”.

É preciso que fatores de risco que possam interferir na formação de um vínculo adequado sejam conhecidos e levados em conta como: condições sócio-econômicas, desestruturação familiar, entre outros. Conhecendo estes fatores, entendendo a necessidade de uma aproximação cada vez maior dos RNs prematuros com seus familiares como apoio na sua recuperação, ajudará a enfermagem a agir como facilitadora deste processo, ou seja, o desenvolvimento de um vínculo efetivo..

Segundo Klaus e Kennel (1990), o fato de ter filhos prematuros é uma situação intensamente estressante para os pais, mesmo quando lhes é permitida a aproximação com o filho.

Outro desafio importante para quem assiste bebês doentes e seu pais é o fato de experienciar situações de luto frente a perda de um bebê. A reação dos pais à perda de um bebê, durante o período neonatal, parece ser diferente da perda de outro parente.

Bowlby (1991, p.192) refere que “na primeira infância, atitudes de apego entre mãe e filho são mais óbvias, porém podem ser observadas durante todo o ciclo de vida, com maior ênfase nas emergências”. Considera-se ponto pacífico que, dentro dos primeiros doze meses, a maioria dos bebês desenvolvem um forte vínculo com a figura materna. Contudo, não existe consenso em relação à rapidez com que esse vínculo se estabelece e por quais processos é mantido, que função desempenha e por quanto tempo persiste.

Bezerra e Fraga (1996) com o intuito de compreender a vivência da mãe que acompanha um filho hospitalizado afirmam que a hospitalização do filho precipita mudanças circunstanciais no relacionamento dos membros da família, pois sua saúde mental está afetada, “sendo necessário que a equipe de saúde desenvolva um trabalho de promoção à saúde, de forma ampla para toda a família” (p.617).

Em relação ao apoio social aos pais de bebês prematuros dizem que “a maioria das pessoas em crise procura ajuda naqueles que lhes são conhecidos e preocupam-se com eles.” Portanto, o fornecimento de apoio realizado pelos profissionais aos familiares destes RNs objetiva “auxiliar os pais em mobilizar redes de apoio informais mais do que os grupos de apoio formais e tradicionais” (Prudhoe e Peters, 1995, p.146).

O papel do enfermeiro neonatal de acordo com Miles, Carlson e Funk (1996, p.51):

“É o de auxiliar as famílias identificando intervenções de apoio específicas que sejam dirigidas a reduzir o estresse parental, facilitando sua adaptação e melhorando o seu relacionamento com a criança doente. Para que o enfermeiro intervenha efetivamente deve,

além de seu preparo acadêmico, demonstrar empenho em aperfeiçoar seus conhecimentos com o objetivo de prestar uma assistência mais qualificada”.

Segundo Oliveira e Collet (1999) cuidar crianças significa cuidar as famílias, seus sentimentos e atitudes. A enfermagem necessita de um modo de agir diferenciado para com a família do recém-nascido, enfocando a comunicação, a fim de conhecer o que se passa e como se expressa essa família.

Os estudos relacionados às conseqüências da separação das crianças de suas famílias durante a hospitalização, a transformação do conceito de criança, agora visto como um ser em crescimento e desenvolvimento, com necessidades além de biológicas, também sócio-psico-emocionais, geram modificações profundas na ação hospitalar, principalmente a partir dos estudos de Bowlby (1988) e Spritz (1979). Desde então, a enfermagem passa a valorizar o vínculo entre pais e filhos, considerando-o recurso imprescindível para o desenvolvimento sadio da criança (Lima, Rocha e Scochi, 1999; Daubysine, 1993; Waechter e Blake, 1979; Rocha, 1995).

Para Ângelo (1999) a participação das famílias durante a hospitalização reflete-se no comportamento e nas ações das enfermeiras. Estar sensível é um elemento crucial ao estabelecimento das relações de cuidado entre a enfermagem e a família, já que interfere na decisão pessoal do enfermeiro de cuidar da família, buscar recursos e criar novas formas de ser e agir com ela.

A comunicação verdadeira com a família ajuda na compreensão e aceitação da doença (Motta, 1998). A confiança é adquirida através de atitudes claras e verdadeiras que permeiam as relações entre a família e as enfermeiras. Mayeroff (1971) identificou a confiança como ingrediente do cuidado.

O familiar que permanece no hospital necessita do acompanhamento da enfermagem e de outros profissionais. A finalidade do cuidar é aliviar o sofrimento humano oferecendo meios para lidar com a crise e com as experiências oriundas da hospitalização da criança.

Apesar de difícil a implicação deste momento de crise, a hospitalização é vista com indiscutível valor. Em pesquisa realizada por Gomes (1992), os pais revelam pensar que a UTI Neonatal é um local que lhes proporciona segurança e confiança, devido aos equipamentos, ao pessoal especializado e por ser um espaço onde a vida é preservada.

Segundo Cardoso et al (1995, p. 631) "o cuidado materno implica inicialmente que a mãe esteja identificada com o filho e, se isso não ocorrer, ele não perceberá as necessidades do mesmo".

Esse processo leva as mães a lutarem pelo bem-estar do filho e, nesta batalha as armas utilizadas são geradas pelo envolvimento com seus pequeninos bebês.

As mães e seus RNs precisam receber cuidado. É necessário proporcionar a livre expressão de seus sentimentos para que se possa entendê-las. Conforme Fagundes, Baruff e Geib (1990), humanizar uma unidade hospitalar não significa apenas, torná-la mais hospitaleira e acolhedora, visto que este é o cenário onde as vidas começam seu curso. Portanto, a Unidade de Internação Neonatal deve ser um ambiente que propicie à família condições para aflorar seus sentimentos de adequação ao novo bebê. Os laços afetivos mãe-filho começam a se desenvolver durante a gravidez, bem antes do nascimento, mas o apego começa a se fortalecer após o nascimento. Para a mãe e o RN é após o nascimento que começa uma interação recíproca. Este apego fortalece-se a cada momento. Este período crítico descrito por Klaus e Kennel (1993) é chamado

“período materno-sensitivo” onde se inicia este processo de afeiçoamento. Quando ocorre a separação do binômio mãe/filho, neste período haverá interferência no processo de apego, que afetará o relacionamento mãe/filho no futuro.

De acordo com Tamez e Silva (1999) o nascimento de um RN enfermo com alguma deformidade ou defeito congênito, ou prematuros bem pequenos e frágeis, vem desfazer este sonho, trazendo desapontamento, sentimento de incapacidade, culpa, medo da perda. Todos estes sentimentos criam estresse e muitas vezes levam o distanciamento entre pais e filhos.

Quando nasce um bebê, antes mesmo que a mãe o abrace, o toque ou acalante, já se iniciou neste novo indivíduo um célebre processo de desenvolvimento. O cérebro se desenvolve em estágios e o que será no futuro vai depender, em grande parte, das primeiras experiências interativas com o mundo.

A inserção da mãe na UTIN conforme refere Cunha (2001, p.6) tem, portanto:

“Sua fundamentação científica assegurada pelos atuais conhecimentos da neurociência sobre o papel das experiências precoces no desenvolvimento do cérebro em crescimento. A primeira janela do amadurecimento ou período perinatal estendido (24 semanas até dois meses e meio de vida) necessita de um cuidador primário que funcione como córtex para o bebê (...) Se a experiência interativa é adequada ou não, a percepção da experiência pode ser de afetos positivos ou negativos e o desenvolvimento do córtex vai depender exatamente da qualidade desta vivência interativa inicial”.

De acordo com Klaus e Kennel (1993, p.218) “o atendimento a mãe e a seu bebê durante o período de internação na UTI Neonatal influenciará o relacionamento entre os pais ao longo de toda a vida da criança.”

Klaus e Fanaroff (1990, p.134-154) observam que “lutar à distância” representa um processo de familiarização mais lenta, no qual os pais expressam medo, ansiedade, tendo, às vezes, negativismo antes de aceitar o neonato sobrevivente; ao contrário,

“lutar pela participação” como um intenso, apesar de variável envolvimento aos cuidados de um neonato sob cuidados intensivos.

Segundo Miura e Procianoy (1997) proporcionar o contato precoce entre mãe/e ou familiares com o neonato estimula a formação do apego e o vínculo afetivo entre os mesmos. Com essa atitude a enfermeira estará ajudando, independentemente dos procedimentos de enfermagem, no estabelecimento e evolução positiva do neonato.

A mãe com este estímulo, deverá sentir-se segura e encorajada a realizar gestos de carinho e cuidados para o seu bebê, pois, para ele, a figura materna lhe trará conforto e segurança, e cabe a enfermagem prepará-la para tal fazendo com que a mãe não sinta medo de toca-lo, pois, geralmente têm este sentimento devido ao tamanho de seu filho, ficando com receio de machucá-lo.

A enfermagem deverá ser capaz de explicar para a mãe que apesar do RN ser pequeno e frágil, ele necessita do toque da mãe para confortá-lo. Klaus e Kennel (1993, p.92) descrevem o toque como “um sistema comportamental importantíssimo que serve para ligar a mãe a seu bebê (...)”. Portanto, a mãe deve sentir-se confiante, sem medo ou receio de praticar este gesto de carinho para com o seu bebê.

Incentivar a mãe a tocar, conversar e auxiliar nos cuidados do seu filho é uma das melhores maneiras de incentivar o vínculo afetivo entre ele e, conseqüentemente, a mãe estará ajudando no desenvolvimento do neonato. Segundo Klaus e Kennel (1993) determinados estudos sobre o envolvimento dos pais no cuidado do neonato prematuro descreveram como a equipe de saúde deve estimular uma mãe, para que com seus cuidados, possa fazer o bebê progredir significativamente na sua saúde, além de estabelecer o vínculo afetivo.

“lutar pela participação” como um intenso, apesar de variável envolvimento aos cuidados de um neonato sob cuidados intensivos.

Segundo Miura e Procianoy (1997) proporcionar o contato precoce entre mãe/e ou familiares com o neonato estimula a formação do apego e o vínculo afetivo entre os mesmos. Com essa atitude a enfermeira estará ajudando, independentemente dos procedimentos de enfermagem, no estabelecimento e evolução positiva do neonato.

A mãe com este estímulo, deverá sentir-se segura e encorajada a realizar gestos de carinho e cuidados para o seu bebê, pois, para ele, a figura materna lhe trará conforto e segurança, e cabe a enfermagem prepará-la para tal fazendo com que a mãe não sinta medo de toca-lo, pois, geralmente têm este sentimento devido ao tamanho de seu filho, ficando com receio de machucá-lo.

A enfermagem deverá ser capaz de explicar para a mãe que apesar do RN ser pequeno e frágil, ele necessita do toque da mãe para confortá-lo. Klaus e Kennel (1993, p.92) descrevem o toque como “um sistema comportamental importantíssimo que serve para ligar a mãe a seu bebê (...)”. Portanto, a mãe deve sentir-se confiante, sem medo ou receio de praticar este gesto de carinho para com o seu bebê.

Incentivar a mãe a tocar, conversar e auxiliar nos cuidados do seu filho é uma das melhores maneiras de incentivar o vínculo afetivo entre ele e, conseqüentemente, a mãe estará ajudando no desenvolvimento do neonato. Segundo Klaus e Kennel (1993) determinados estudos sobre o envolvimento dos pais no cuidado do neonato prematuro descreveram como a equipe de saúde deve estimular uma mãe, para que com seus cuidados, possa fazer o bebê progredir significativamente na sua saúde, além de estabelecer o vínculo afetivo.

Miura e Procianny (1997, p.77) dizem que “manter e incentivar a continuidade do vínculo da criança com seus pais e sua família ajudará a preservar o ambiente de afeto necessário ao seu desenvolvimento harmônico.”

Sabe-se que o contato imediato após o parto incluindo a contato de pele entre mãe e o RN tem um efeito importante no processo de interação. Naturalmente a enfermagem deve incentivar esse contato.

O estudo dos vínculos realizado por Klaus e Kennel em 1982 foi definitivo para a mudança nas atitudes dos profissionais de saúde e em muitas práticas hospitalares. Atualmente, as mães/os pais, geralmente, podem ter contato com seus filhos logo após o parto. No entanto, a enfermeira deve tranquilizar os pais que desejam, mas estão impossibilitados de ter contato precoce com o RN que sua interação com o filho não estará necessariamente prejudicada.

Além do contato precoce, entre os pais e o filho, outros fatores contribuem para o processo de interação. As condições anteriores favoráveis à interação incluem a saúde emocional dos pais, o sistema de apoio social englobando o companheiro, os amigos e a família.

Os pais que se sentem competentes para cuidarem do filho, certamente terão segurança e satisfação em estar com ele. Contrariamente, uma mãe insegura, cansada e muito ansiosa em relação ao filho, pode ter um comportamento inadequado ao papel materno. A enfermeira deve estar atenta aos comportamentos dos pais que possam prejudicar o processo de interação. Algumas vezes, os avós auxiliam o processo, outras prejudicam, se a avó cuidar mais da criança do que a própria mãe, esta mãe poderá ter dificuldade em tornar-se independente no atendimento.

Cinco condições pré-existentes são consideradas na interação:

1. a saúde emocional dos pais (incluindo a capacidade de confiar em outra pessoa);
2. o sistema de apoio social englobando o companheiro, os amigos e a família
3. o bom nível de comunicação e capacidade de atendimento
4. a proximidade dos pais com o filho
5. a adequação entre pais e filhos (incluindo as condições da criança, seu temperamento e seu sexo)

Se uma ou mais dessas condições não estiver presente ou for insuficiente é necessário uma intervenção efetiva da enfermeira, para que o processo de interação não seja prejudicado. Desse modo, é importante que a enfermeira obtenha informações através de entrevista ou da observação para determinar os fatores que possam afetar a interação dos pais. A enfermeira deve estar familiarizada com os meios de incentivo e fortalecimento de interação, tais como o contato precoce entre pais-filho e os estímulos sensoriais.

Devido ao resultado incerto e a prolongada separação, o nascimento de um filho pré-termo doente ou mal formado, pode afetar a interação entre os pais e o filho. A enfermeira deve estar preparada para auxiliar e trabalhar com eles, de forma que possam adaptar-se ao filho e participar dos cuidados com o alimentar e segurar no colo. Os profissionais de saúde podem proporcionar apoio e orientação para necessidades identificadas.

5 (RE) CONHECENDO O BEBÊ PREMATURO

O recém-nascido prematuro ou pré-termo é aquele com idade gestacional inferior à 37 semanas de gestação. Além disso, o grau de prematuridade pode ser classificado de três formas: extrema, moderada e limítrofe.

Os prematuros extremos e moderados exigem cuidados intensivos para aumentar suas chances de sobrevivência.

Para Marcondes (1985), Nóbrega (1987), Segre (1985) e Viegas (1986), prematuridade é a interrupção da gravidez antes de completar trinta e sete semanas de gestação. Conseqüentemente, considera-se como recém-nascido pré-termo ou prematuro a criança nascida com menos de 37 semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia da última menstruação. Isto significa que esta criança não está adequadamente amadurecida para a vida extra-uterina.

Para Murahovschi (1986) a prematuridade é um dos principais responsáveis pelos índices de mortalidade neonatal precoce. A morbidade e a mortalidade do recém-nascido pré-termo são tanto maiores quanto menor a idade gestacional.

A avaliação da idade gestacional é de grande importância para o atendimento adequado ao recém-nascido de alto risco. É por meio desta avaliação que pode-se

antecipar problemas relacionados à idade gestacional, prestando cuidados e tratamento de forma mais específica.

No passado, a classificação do recém-nascido era feita baseada apenas no peso, considerando-se prematuro a todo RN nascido vivo que pesasse MENOS de 2500g.

Atualmente, a classificação adotada se baseia em dois critérios: a idade gestacional e o peso do RN. Conforme Nóbrega (1987), Segre (1985), Viegas (1986), os recém-nascidos pré-termo classificam-se de acordo com a idade gestacional em (Apêndice A):

- Recém-nascidos limítrofes: são crianças comumente de peso normal, com idade gestacional entre 37-38 semanas. Manifestam sua prematuridade por icterícia, lentidão para se alimentar, instabilidade de temperatura, perda de peso acentuado, baixo risco de doença da membrana hialina nos nascidos por via vaginal, em relação aos nascidos por cesárea, de mesma idade gestacional. Ocasionalmente desenvolvem síndrome de dificuldade respiratória com risco de vida.

- Recém-nascidos moderadamente prematuros: são crianças com idade gestacional entre 31-36 semanas completas, com peso em torno de 1500 a 2500g. entre os problemas apresentados encontramos: Síndrome da Membrana Hialina, malformações congênitas, infecções pré-natais, anóxia, hipotermia, hipoglicemia, acidose metabólica tardia, anemia e dificuldade de alimentação.

- Recém-nascidos extremamente prematuros: estes estão na fronteira da viabilidade, com idade gestacional entre 24-30 semanas completas, com peso em torno de 1000 a 1500g. Quanto aos problemas apresentados, são mais complexos que os recém-nascidos moderadamente prematuros. Em recém-nascidos de 24 a 27 semanas, os problemas são dificilmente superáveis. No nosso contexto o Método de Capurro é o

mais utilizado para avaliação da idade gestacional (IG) do recém-nascido, analisando o aspecto físico, como mostra o Apêndice B. Conforme o peso em relação à idade gestacional os RNs podem ser classificados: grande para a idade gestacional (GIG), apropriado para a idade gestacional (AIG) e pequeno para idade gestacional (PIG).

Os bebês ainda podem ser avaliados utilizando-se os gráficos que comparam as curvas de crescimento intra-uterino em relação à idade gestacional do RN.

Realizar o exame físico detalhado, calcular a idade gestacional (segundo Método do Capurro) e verificar o estado nutricional são processos importantes para avaliar o neonato e, seguindo o processo de enfermagem, levantar diagnóstico do mesmo, a fim de planejar um cuidado de enfermagem, adequada prescrevendo-a, com isto, avaliar constantemente a evolução do neonato em virtude do plano assistencial.

Ao realizar o exame físico do RN a enfermeira deve atentar para sinais gerais como atividade, tônus muscular, choro, atividade respiratória, temperatura corporal, atividade circulatória, atividade renal e gastrointestinal, condições da pele, rede venosa, musculatura e mucosa, entre outros. Segundo Klaus e Fanaroff (1990, p.156) “as enfermeiras das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) devem prever os problemas e identificar sistematicamente o neonato e todo o sistema de apoio para reconhecer o início de quaisquer novos problemas”.

Segundo Miura e Procianoy (1997, p.77) “manter e incentivar a continuidade do vínculo da criança com seus pais e sua família ajudará a preservar o ambiente de afeto necessário ao seu desenvolvimento harmônico”. A maioria das gestações terminam com o nascimento de uma criança normal, que não exigirá cuidado especial. Entretanto alguns RNs apresentam ao nascer condições que exigem intervenção de enfermagem e médica. Entre estes estão os recém-nascidos prematuros (RNPT), que

apresentam algumas peculiaridades somáticas, motoras e sensoriais. Sua pele será tão mais “fina e lisa” quanto menor for sua idade gestacional, chegando até ser gelatinosa nos prematuros extremos, sua orelha tende a ser disforme e chata, quanto mais prematuro for, menor número de marcas possuirá na região plantar, praticamente não se palpa sua glândula mamária, há ausência de aréola mamária ou se apresenta lisa e apenas há a presença do mamilo.

Antes das 34 semanas de gestação o RN não consegue sincronizar as funções de sucção e deglutição. Apresenta resposta a estímulo visual de fixar ou acompanhar objetos a partir das 30^a a 32^a semanas, a audição funcional ocorre a partir das 26^a semanas, tornam-se mais efetivas entre 32 e 34 semanas. O tônus muscular é totalmente flácido e os movimentos são descoordenados com 28 semanas. Com cerca de 32 a 34 semanas o tônus dos membros inferiores é estabelecido. Já o tônus muscular dos membros superiores e a coordenação dos movimentos são estabelecidos a partir das 36 semanas (Miura e Procianoy, 1997).

Os RNs prematuros apresentam características fisiológicas e morfológicas diferentes dos RNs a termo, pois não tiveram possibilidade de se desenvolver integralmente “in útero”.

Segundo Carvalho (1990) no mundo nascem anualmente 20 milhões de bebês prematuros com baixo peso. Destes, um terço morrem antes de completarem o primeiro ano de vida. Nove em cada dez recém-nascidos com peso inferior a 1000g ao nascer morrem antes de completarem o primeiro ano de vida.

Quem são estes bebês? São crianças pequenas, frágeis, que apresentam imaturidade de todos os seus sistemas corporais. A aparência física, muitas vezes, decepciona seus pais, pois a cabeça é grande em relação ao corpo franzino. Sua cor

pálida, moteada pode comunicar aos pais um sinal de gravidade. A atividade é diminuída, sua respiração irregular, periódica e até apnéica causando surpresas aos pais observadores.

A dificuldade em manter a temperatura, em se alimentar, em ganhar peso, levam os pais e os cuidadores a uma preocupação constante, muitas vezes, gerando angústias e incertezas quanto a um prognóstico positivo.

Partindo do exposto, o que se pode esperar como reação de um pai ou uma mãe frente a este ser pequenino, indefeso, singular? Qual a leitura que os pais fazem deste momento? São capazes de reconhecer o potencial de luta para sobreviver que esses pequenos “grandes” sujeitos apresentam?

Esses questionamentos devem levar a Enfermagem a descobrir estratégias para um cuidado efetivo. Explicar, por meio de um diálogo franco, ameno, todas estas particularidades, e auxiliar os pais na compreensão deste fenômeno chamado “premature”, exige clareza e simplicidade. E mais, deve incentivar os profissionais a prestar mais atenção nas pessoas, adultas ou crianças, de uma forma mais inteira, principalmente quando estão fragilizados.

6 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

O cuidado intensivo pode ser dispensado a três tipos de pacientes: aqueles que especificamente necessitam de cuidados de enfermagem rigorosos, aqueles que requerem contínua e freqüente observação ou investigação e aqueles que dependem de tratamentos complexos e de equipamentos de apoio (respiradores, monitores, etc...).

Mas o sucesso do tratamento na unidade está condicionado a um bom atendimento ao paciente pela equipe de saúde.

Conforme Oski et al. (1992) o tratamento intensivo do recém-nascido desenvolveu-se a partir do conceito de que é necessário uma abordagem mais intensiva para os mesmos, que exigem cuidados especiais como problemas clínicos ou cirúrgicos.

Miura e Procianoy (1997) e Oski et al. (1992) consideram indicação de internar um recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva, quando o mesmo necessite ou possa a vir a necessitar observação e cuidados mais especializados. As condições mórbidas e/ou procedimentos que justificam esta internação são: insuficiência respiratória, cardíaca, renal e supra-renal, peso inferior a 1500g (RN prematuro), asfixia perinatal severa, anomalias congênitas importantes, distúrbios metabólicos de alto risco,

apnéias recorrentes, grandes síndromes hemorrágicas, convulsões, pré e pós-operatórios, exsangüíneotransfusões e alimentação parenteral.

As unidades de terapia intensiva são específicas para tratarem pacientes críticos que necessitem cuidados mais minuciosos. São locais que proporcionam recursos e facilidades para a interação entre família, paciente e equipe. Descobrir alternativas de aprimorar esta interação deve ser objeto de interesse dos profissionais que aí atuam.

O preciso papel das unidades de cuidado intensivo ou unidades de terapia intensiva está na combinação do cuidado intensivo de enfermagem com a constante atenção médica no atendimento dispensado ao paciente crítico.

Para Whaley e Wong (1999) a assistência de enfermagem neonatal intensiva é uma área altamente especializada de conhecimento e prática, e inclui a compreensão das características e da fisiologia do RN, conhecimento do funcionamento e manipulação de dispositivos mecânicos e capacidade de reconhecer desvios sutis daquilo esperado do RN, bem como a capacidade de implementar uma intervenção sensata. Dessa forma, para melhor cuidado diante da gravidade do RN, a unidade se divide em duas: cuidados intensivos e cuidados intermediários. Por conseguinte, no que se refere ao exposto acima a mesma presta vários cuidados diários, os quais sistematizados no plano de cuidado individual do RN, ditos com cuidados intensivos, como: peso diário, frequência respiratória (observando disfunção), alimentação, aspirações de secreções, exames complementares (punção lombar, RX, gasometria, coletas venosas), cuidados com fototerapia, entre outros.

E, em outras circunstâncias, tem-se os cuidados intermediários ou de suporte ao desenvolvimento do RN sem patologia grave, em aquisição de peso ou em recuperação de alguma patologia, visando oferecer cuidados de apoio ao

desenvolvimento e evolução do RN, conservando a recuperação do bem estar e garantia de sobrevivência.

Segundo Gomes (1992) o investimento em uma UTI dentro de uma moderna tecnologia hospitalar, com aquisição de equipamento e treinamento de pessoal (adequado e suficiente), constitui-se num objeto de análise de particular importância para a posterior avaliação do papel que ela desempenha na instituição.

Dada as suas características, as unidades de terapia intensiva não podem operar sem uma infra-estrutura auxiliar básica, composta de: banco de sangue, centro cirúrgico, laboratório clínico, serviço de nutrição e dietética, serviço de radiologia, os quais desenvolvem atividades correlatas.

Para tanto é primordial que uma UTI neonatal mantenha materiais e equipamentos suficientes para o atendimento dos recém-nascidos.

A manutenção, a revisão do equipamento e do material deve ser diária e proporcional à demanda de sua utilização, sendo essencial ao sucesso e à agilidade do procedimento. Mas também, o sucesso no tratamento na unidade está condicionado a um bom atendimento ao paciente pela equipe de saúde. Estes são alguns benefícios dos RNs prematuros conquistados nos últimos vinte anos, assim, aumentando a qualidade de vida dos bebês dentro do hospital.

7 CAMINHAR METODOLÓGICO

7.1 Escolha do Método

A pesquisa realizada é qualitativa do tipo estudo de caso. A escolha deste método se deve ao fato de que a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística, ou seja, é um estudo no qual há preocupação com os indivíduos e seu ambiente e todas as suas complexidades (Polit e Hungler, 1995). É importante ressaltar aqui que o ambiente dos pesquisados é a UTI Neonatal, uma vez que as mães permanecem por muitas horas e por longos períodos com os recém-nascidos, fazendo dessa situação um fato do seu cotidiano. A complexidade do fenômeno é a própria prematuridade e suas repercussões no bebê e na família, mais especificamente na mãe.

Percebendo os sentimentos como algo complexo necessitando cada vez mais serem desvelados, acredito que este método é o adequado aos objetivos do estudo, possibilitando um aprofundamento das questões propostas.

Para Polit e Hungler (1995) o estudo de caso é uma investigação em profundidade de uma pessoa, grupo, instituição ou outra unidade social. Para estas autoras neste tipo de estudo o pesquisador é observador passivo que reúne informações acerca do problema, conforme vai verificando, procurando analisar e compreender o

fenômeno. As mesmas autoras referem que abordagem qualitativa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios autores.

Triviños (1994) considera o estudo de caso como um dos mais relevantes tipos de pesquisa qualitativa, definindo-o como uma categoria cujo objeto é uma unidade que analisa profundamente. Nos estudos de caso, a importância está em fornecer um conhecimento aprofundado de uma determinada realidade, sendo que os resultados obtidos podem, além de servir para aprimorar ou modificar esta realidade investigada, ainda servir de encaminhamento para outras pesquisas.

Para Chizotti (1998) o estudo de caso é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisa que coletam e registram dados de um caso particular ou vários casos, a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência ou avalia-la analiticamente objetivando tomar decisões a seu respeito ou a propor a ação transformada.

O estudo de caso, como refere Stake (1998, p.11) “é o estudo da particularidade e da complexidade de um caso singular, para chegar a compreender sua atividade em circunstâncias importantes”.

Os estudos de casos são realizados para se compreender um caso e, principalmente, com o fim de poder estender ou generalizar sobre outros casos. O próprio autor citado (1998) destaca que os casos particulares não constituem uma base sólida para a generalização, porém de casos particulares se pode aprender muitas coisas que são gerais. Isto vem ao encontro deste estudo, pois sabe-se que os sentimentos de todas as mães e suas manifestações, em relação ao RN pré-termo e ao ambiente

hospitalar são semelhantes e, portanto devem ser compreendidos e trabalhados pela enfermagem com o objetivo de minimizar esses conflitos e qualificar, cada vez mais, o cuidado ao recém-nascido e sua família.

7.2 Conhecendo o contexto do cenário de investigação

A Unidade de Neonatologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre está localizada no primeiro andar da Policlínica Santa Clara, e é composta por oito salas, onde estão divididas da seguinte forma:

- Salas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatológica com quatro salas, sendo três com seis leitos e uma sala com dois leitos, que é utilizada como isolamento quando necessários. Os RNs de alto risco têm atendimento especializado nestas salas com a utilização de equipamentos e toda a tecnologia necessária para este tipo de atendimento e RNs de até 1500g.

- Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), nesta sala temos 10 leitos onde ficam RNs que tiveram melhora do seu quadro clínico e alta das salas de UTI, ou RNs com outras necessidades tipo: antibioticoterapia, fototerapia, ganho de peso, soroterapia. O peso mínimo para sair desta sala é de 1700g.

- Admissão é a sala onde é feita a admissão do RN após o nascimento, sendo que seguimos algumas rotinas como: RN de parto normal permanece nesta sala por 60 minutos e parto cesárea por 90 minutos, onde neste tempo é feito todas as rotinas admissionais do RN e no Centro Obstétrico (CO) o atendimento pós-parto com a puerpera. Logo após o RN é entregue para a mãe amamentar seguindo junto com ela para o Alojamento Conjunto.

A procedência dos bebês geralmente é do CO da instituição, do Alojamento Conjunto e algumas transferências de RNs vindos de postos de saúde ou de hospitais da grande Porto Alegre ou interior.

A maioria dos RNs internados na unidade de neonatologia da Santa Casa são prematuros, tendo em média o tempo de internação de 10 a 120 dias.

Existe uma equipe de profissionais na UTIN contando com o pessoal médico composta por professor da Neonatologia, pediatras e neonatologistas contratados, residentes e doutorandos (FFFCMPA – Fundação Federal da Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre).

Além destes, temos o Serviço Social, Nutricionistas, psicologia, a equipe de enfermagem dividida em quatro turnos, sendo duas enfermeiras em cada turno entre técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo divididos em:

- 23 auxiliares/técnicos, 2 enfermeiras (M)
- 23 auxiliares/técnicos, 2 enfermeiras (I)
- 16 auxiliares/técnicos, 2 enfermeiras (NI)
- 16 auxiliares/técnicos, 2 enfermeiras (NII)*

* sendo 4 enfermeiras especialistas em neonatologia

Além destes profissionais existem estagiários de cursos de graduação em Enfermagem e de cursos técnicos em enfermagem.

7.3 Seleção dos sujeitos

Os sujeitos de pesquisa são mães de RNs prematuros nascidos no Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Os critérios de inclusão no estudo foi mães de RNPT de IG 31 a 36 semanas com peso entre 1500 e 2500g, que necessitaram de

internação na UTI Neonatal. Foram excluídas as mães de RNPT menores de 31 semanas ou maiores de 36 semanas de gestação e bebês portadores de alguma mal-formação. Os menores de 31 semanas foram excluídos devido aos sentimentos manifestados pelos pais serem confundidos com sentimentos de perda eminente e, os maiores de 36 semanas, por possuírem características próximas do RN normal, com internações breves ou até sem necessidade de permanecer na UTI Neonatal, sendo liberado junto com a mãe. Também foram excluídos os RNs com alguma mal-formação diagnosticada durante o período gestacional ou logo após o nascimento como: hidrocefalia, onfalocele, gastrosquise, hérnia diafragmática, anencefalia e todas as demais em que o RN corra o risco de piora do quadro ou morte, pois os sentimentos dos pais poderão ser confundidos com a patologia apresentada e não com o fato da internação de seu filho.

Ao realizar um "teste piloto" constatei uma grande dificuldade de conseguir entrevistar os pais juntos ou marcar horário com o pai, devido a problemas relacionados ao trabalho do mesmo, a preocupação de cuidar dos outros filhos, enquanto a mãe fica com o RN internado e até por problemas financeiros destes. Levando em consideração que a mãe é a figura mais presente neste ambiente, optei em entrevistar somente as mães destes RNs. Constatei inúmeros sentimentos relacionados à internação dos seus filhos, que oscilam desde tristeza em ver o RN internado até alegria em saber que ele está vivo e sendo cuidado pela equipe, mesmo sabendo das possíveis complicações que poderão surgir no decorrer deste período.

O número de sujeitos estudados nesta investigação foi de 20 mães. Segundo Parse et al. (1985) o número de sujeitos a serem incluídos nos estudos descritivos é definido a partir da experiência da população em relação ao fenômeno estudado.

De acordo com Sandelowski (1995) o número de sujeitos depende do tipo de estudo qualitativo a que o pesquisador se propõe. Para a autora, uma amostra adequada na pesquisa qualitativa é aquela que permite uma análise profunda dos dados em que resulta numa nova e rica compreensão do fenômeno. Neste estudo utilizei o critério de saturação dos dados para a coleta das informações.

Segundo Bogdan e Biklen (1994, p.46), “entende-se por saturação dos dados o ponto de coleta dos dados a partir do qual a aquisição de informações se torna redundante.” O suficiente para produzir análise.

7.4 Coleta das informações

As informações foram coletadas pela própria pesquisadora nos meses de outubro e novembro de 2001 na UTI Neonatal do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre/RS.

A coleta se deu em turnos variados (manhã, tarde, noite) também ocorrendo em finais de semana, conforme combinado previamente com as mães dos RNs.

Para a coleta selecionei a entrevista semi-estruturada com apenas uma questão norteadora, Apêndice C.

Conforme Triviños (1994, p.146) a entrevista semi-estruturada “valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

Optei por realizar as entrevistas após 48 horas de internação do RN, pois minha experiência tem demonstrado que este é um período de adaptação em relação ao setor, equipamentos, equipe médica e de enfermagem e outros profissionais da equipe como: assistente social e psicólogo. Normalmente, após esta etapa, as mães apresentam-se

mais motivadas para participar de atividades ou mesmo de grupos como Amamentação, Projeto Canguru, entre outros. Em decorrência disto, a participação no estudo se deu de maneira mais efetiva com demonstração de interesse. Nesta fase, as mães foram abordadas em vários momentos e turnos através de colegas do serviço, que explicavam o estudo, bem como seu objetivo e aspectos éticos, facilitando e intermediando nossos encontros. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento (Apêndice D), demos início a entrevista.

O local das entrevistas se deu conforme disponibilidade dos mesmos ou até escolha das mães. Nenhuma quis conversar perto do leito dos RNs. Devido a presença de outros profissionais, optaram em responder a pergunta nas salas usadas para o aleitamento materno/projeto canguru, chefia de enfermagem e, até mesmo, na praça do hospital.

Os primeiros sujeitos responderam entrevistas que foram gravadas em fitas K7. Percebi que algumas mães ficaram inibidas ao responder, mesmo tendo um resultado satisfatório nas respostas. Em um segundo momento, resolvi fazer entrevistas no qual eu não gravava e sim registrava suas respostas, sendo que duas mães solicitaram para escreve-las na folha onde estava registrada a pergunta: Como você se sente tendo seu filho internado nesta unidade?

A duração de cada entrevista variou entre 30 e 40 minutos, sendo que somente uma vez acabei conversando com uma mãe por uma hora, pois a mesma estava muito triste com a situação do seu filho.

Na primeira entrevista eu aguardei que a mãe fosse visitar seu RN, pois ela já havia tido alta, então expliquei os objetivos do estudo, no início achou que era “pesquisar o nenê”, mas após nova explicação, entendeu e aceitou participar. A partir da

segunda até a sexta entrevista não tive dificuldade, pois consegui reunir mães no mesmo horário de visita aos seus filhos para explicar os objetivos do estudo e solicitar assinatura dos termos de consentimento. Após este momento, as entrevistas foram individuais. Entre a sétima e a décima quinta foram em horários variados, pois não consegui juntá-las em um mesmo momento, mas todas responderam prontamente a minha pergunta e até com certo entusiasmo por saber que tem alguém preocupada com os sentimentos das mães que estão ali se sentindo sozinhas e até inseguras com a situação. A partir da décima quinta a vigésima (última entrevistada) houve alguns desencontros, pois duas mães assinaram o termo, marcaram horário, mas não compareceram. Somente na segunda tentativa foi feita a entrevista. Entre estas cinco, uma preferiu escrever o que sentia e não falar, respeitei sua vontade e entreguei a folha onde constava a questão para ela responder. Uma outra, quando falei do estudo me disse que ela já sabia para que servia essas pesquisas, pois trabalhava com entrevistas e pesquisas diariamente, inclusive comentava com as outras mães, incentivando-as a participar, pois ela estava certa que no futuro alguma coisa boa poderia surgir quanto à preocupação em estudar os sentimentos das mães. Todas as entrevistadas foram receptivas e se mostraram motivadas para participar deste estudo, facilitando a realização deste trabalho.

Quadro I – Caracterização dos Sujeitos

DADOS DA MÃE			DADOS DO PARTO					DADOS DO RN		
Mãe	Idade Materna	IG	Gesta	Para	Aborto	Cesárea	Parto	Peso g	Sexo	Apgar
S ₁	35	35+3	IV	I	I	I	PC	2240	M	8/9
S ₂	28	33+1	II	0	0	I	PV	2060	F	8/9
S ₃	36	31+5	VIII	V	0	II	PC	1710	M	7/9
S ₄	15	36	I	0	0	0	PV	2350	M	2/6
S ₅	38	31+5	II	I	0	0	PC	1580 1530	F M	8/9 7/8
S ₆	25	32+4	II	I	0	0	PC	1530	F	8/9
S ₇	27	35	II	I	0	0	PV	1820	F	PVD
S ₈	30	36	III	I	0	I	PC	2480	M	3/7
S ₉	34	31+5	IV	II	0	I	PV	1530	M	6/7
S ₁₀	20	31	I	0	0	0	PV	1520	F	3/6
S ₁₁	23	34+4	II	I	0	0	PV	1810	F	8/9
S ₁₂	36	32+6	II	I	0	0	PC	1720	M	7/8
S ₁₃	31	36	I	0	0	0	PC	2500	M	7/9
S ₁₄	16	36	I	0	0	0	PV	2460	F	7/8
S ₁₅	18	31+5	I	0	0	0	PC	1560	M	1/5
S ₁₆	18	35+2	I	0	0	0	PC	2270	F	5/7
S ₁₇	25	33+4	II	0	0	0	PV	2040	F	8/8
S ₁₈	24	34+2	I	0	0	0	PV	2240	M	8/9
S ₁₉	32	36	IV	III	0	0	PV	2140	M	9/9
S ₂₀	20	33+6	I	0	0	0	PV	1740	F	8/9

- PV: Parto Vaginal
- PC: Parto Cesárea
- PVD: Parto Vaginal Domiciliar

É importante ressaltar que das mães entrevistadas oito são primigestas e outras sete delas estão na segunda gestação. Das primigestas, a idade entre 15 a 20 anos foi um fator relevante, pois sabe-se que nesta faixa da adolescência, os sentimentos, a visão do mundo, o imaginário sofrem a influência de fatores externos, muitas vezes tornando ainda mais difícil a compreensão das situações vividas.

7.5 Aspectos éticos

Encaminhei o projeto de pesquisa para o CEP (Conselho de Ética e Pesquisa) da instituição, solicitando autorização para a realização do estudo. Após autorização, a

chefia de enfermagem e equipe médica da unidade de Terapia Intensiva Neonatal foram informados formalmente dos objetivos de pesquisa e seus aspectos éticos, recebendo a guia da autorização aprovada pelo CEP, conforme Apêndice E.

Após a autorização, conversei com as colegas enfermeiras do setor, solicitando que as mesmas me comunicassem sobre a internação dos RNs, dos quais as mães seriam sujeitos do estudo, ou seja, todos os RNs prematuros de IG= 31 a 36 semanas, com peso de 1500 a 2500g, que não tivessem nenhuma mal-formação e necessitassem permanecer internados por mais de 48 horas. Sendo assim, as colegas colaboraram sinali RNs em um livro protocolo específico para este fim, que deixei no setor.

7.6 Análise das informações

Após a coleta das informações as mesmas foram transcritas e analisadas, segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, que possibilitou uma descrição para posterior interpretação.

Segundo Bardin (1977, p.42) a Análise de Conteúdo é:

“Um conjunto de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Indicadores que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Para esta autora, a Análise de Conteúdo realiza-se por meio de três grandes pólos, a primeira chamada de Pré-Análise, que tem por objetivo a organização do material das idéias iniciais, levando a “elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (Bardin, 1977, p.95). Nesta fase, após a transcrição literal de todas as entrevistas, fiz uma leitura flutuante com intenção de me impregnar dos sentidos que os sujeitos relataram sobre a questão norteadora. Neste momento, realizei recortes do

texto com objetivo de delinear as categorias para a análise temática. Ainda nesta fase, realizei um mapeamento das respostas da seguinte maneira: os sujeitos foram colocados em uma coluna e suas respostas correspondentes ao lado, ou seja, S₁ resposta 1; S₂ resposta 2; S₃ resposta 3 e assim, sucessivamente.

Na fase posterior ou chamada Exploração do Material foi realizada várias releituras e agrupamentos das idéias iniciais emergindo, então, as categorias finais: SENTIMENTOS E ACONTECIMENTOS. Cada categoria possibilitou evidenciar subcategorias por meio do agrupamento das semelhanças ou divergências das falas dos sujeitos. Apareceram as subcategorias que denominei de PERCEPÇÕES INICIAIS; PERCEPÇÕES POSTERIORES; SEPARAÇÃO MÃE-BEBÊ; TRATAMENTO e ASPECTO FÍSICO DO RN.

Para análise temática foram selecionados frases ou parágrafos retirados das informações, ou seja, os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e possibilitam atingir o objetivo analítico proposto.

Na terceira fase chamada de tratamento dos resultados, também chamada de interferência ou interpretação, organizei um quadro que passo explicar a seguir.

CATEGORIAS	TEMAS
OPÇÕES	
28	
Subtema (17)	
Subtema (0)	
Subtema (2)	

8 DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta as categorias, subcategorias e temas que emergiram das respostas à questão norteadora. As mesmas estão organizadas em um quadro para uma melhor compreensão.

ASPECTO FÍSICO

que apresenta...

Quadro II - Referências

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	TEMAS
SENTIMENTOS	PERCEPÇÕES INICIAIS <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza (12)* • Medo (3)* • Culpa (2)* 	<p>“triste... pois queria que estivesse comigo” (S₂).</p> <p>“pouco triste, eu queria meu nenê lá em casa comigo...” (S₄)</p> <p>“uma tristeza tão grande que parece que meu coração vai murchar ou até sair pela boca” (S₁₆)</p> <p>“um pouco de medo, a gente nunca sabe o que vai acontecer...” (S₁₆)</p> <p>“os sentimentos são vários, alguns contínuos, outros momentâneos, no início medo...” (S₆)</p> <p>“no começo senti medo...” (S₁₅)</p> <p>“geralmente bate um sentimento de culpa, pois tenho a impressão de ter prejudicado meu filho por não conseguir levar a gravidez até o nono mês...” (S₉)</p> <p>“...estou com muita pena dele, sei que a culpa pode ser minha, pois não fiz o pré-natal direitinho.” (S₁₈)</p>
	PERCEPÇÕES POSTERIORES <ul style="list-style-type: none"> • Confiança/fé/esperança (3)* • Tranquilidade (3)* 	<p>“...mas rezei muito e tenho fé e sei que ele vai se sair bem, ela é forte e Jesus Cristo também.” (S₁₈)</p> <p>“...mas em todos os momentos a esperança e a alegria estarão sempre presente...” (S₆)</p> <p>“...mas rezo muito e sei que vai dar certo, tenho fé, muita fé”. (S₁₆)</p> <p>“...mas mesmo assim estou tranqüila, pois o cuidado que as enfermeiras tem com o bebê é ótimo...” (S₁₁)</p> <p>“há bom, estou mais tranqüila agora, o bebê está bem, já respira sozinho...” (S₁₂)</p> <p>“um pouco triste, mas ao mesmo tempo tranqüila, pois o meu nenê é pouco prematuro...” (S₁₄)</p>
ACONTECIMENTOS	SEPARAÇÃO MÃE/BEBÊ	<p>“triste...pois eu queria que ele estivesse comigo e não na UTI...” (S₂)</p> <p>“pouco triste, eu queria meu nenê lá em casa comigo, na caminha dele...” (S₄)</p> <p>“estou triste, porque meu filho está nesta UTI...” (S₃)</p>
	TRATAMENTO	<p>“...só vai fazer antibióticos e ir para casa.” (S₁₄).</p> <p>“...estou triste, mas tem de fazer o tratamento certo.” (S₁₃)</p> <p>“...muitas vezes, sinto pena dele, parece que está sendo traumatizado com tanta medicação e picadas de agulhas.” (S₉)</p>
	ASPECTO FÍSICO DO RN	<p>“...agora só precisa ficar gordinho para ir para casa.” (S₁₂)</p> <p>“quero que ele vá com saúde para casa.” (S₁₃)</p> <p>“...ele é gordinho, o doutor falou que é um nenê sem risco de vida...” (S₁₄)</p>

* Número de vezes que aparece nas falas das mães.

Na categoria denominado SENTIMENTOS são revelados o que as mães identificam no período de internação de seu RN.

Ferreira (1986, p.1571) descreve sentimento como “ato ou efeito de sentir-se, capacidade para sentir, sensibilidade. Faculdade de conhecer, perceber, apreciar, percepção, noção, senso: sentimento do dever das conveniências. Afeto, aflição, amor, entusiasmo, pesar, tristeza, desgosto, mágoa, palpite, pressentimento. Sentir-se perceber por meio de qualquer órgão dos sentidos. Experimentar (sensação física e moral), ser afetado por ser sensível.”

Para Gurmendez (1994, p.11) “sentir é receber impressões e sensações obscuras de seres ou coisas que nos desconcertam (...) configura-se como estados de ânimos.” Esses estados de ânimo e o humor de cada dia refletem como estamos ou sentimos. São sensações e impressões confusas, às vezes contraditórias. São resultados do simples fato de se ter contato com pessoas ou coisas. Como diz ainda o mesmo autor “os encontros [contatos] criam estados de ânimo prazerosos ou tristes que se combinam para configurar os mais variados acontecimentos da vida cotidiana e são o modo originário dos sentimentos” (p.15).

Pode se manifestar como uma atividade corporal diminuída ou mesmo confundir-se com a hipocondria, neste caso, manifestado por essa mãe como uma sensação física. Neste estudo procurei desvelar os sentimentos que pudessem auxiliar a enfermagem e implementar cada vez mais ações dirigidas ao binômio mãe-filho.

Nesta categoria evidenciou-se duas subcategorias que denominei de: PERCEPÇÕES INICIAIS E PERCEPÇÕES POSTERIORES. Como PERCEPÇÕES INICIAIS eu quis identificar por meio dos relatos, quais as primeiras impressões

afetivas das mães. Surgiram tristeza, medo, culpa como as manifestações que mais chamaram atenção, nesta subcategoria os temas revelaram-se da seguinte maneira:

Quando S₁₆ diz: "*uma tristeza tão grande que parece que meu coração vai murchar ou até sair pela boca...*" Pode estar referindo um desgosto, um sentimento de abandono ou até mesmo uma aflição que aparece no sentido de sintoma físico.

Para Gurmendez (1994) a tristeza vem acompanhada do pensamento que opera uma conceituação reflexiva, porque não é um mero sofrimento passivo, é uma experiência de sentir, é um refúgio. A tristeza nasce quando nos sentimos feridos por uma palavra, episódio ou fato que provém do mundo exterior.

Segundo Blakiston [199.] triste/tristeza é deprimido, melancólico, de cor apagado.

Para Ferreira (1986) tristeza é a qualidade ou estado de triste, falta de alegria, pena, desalento, consternação. Aspecto revelador de mágoa ou aflição, o que vem ao encontro deste relato.

Para Bowlby (1998) tristeza é uma reação normal e saudável a qualquer infortúnio. A maioria, se não todos os episódios mais intensos de tristeza são provocados pela sensação de perda iminente, seja de uma pessoa querida, amada da família, de amigos ou conhecidos.

Quando S₉ comenta "*geralmente bate um sentimento de culpa, pois tenho a impressão de ter prejudicado meu filho, pois não fiz o pré-natal direitinho*", transparece todo o seu temor, insegurança e sofrimento.

Brazelton (1988, p.38) diz que "emocionalmente, qualquer mãe poderá culpar-se por qualquer doença, por prematuridade, por marcas de nascença ou por qualquer defeito que possa aparecer no bebê". Diz também que durante a gestação essas

preocupações são comuns e esgotam os futuros pais. A gestante e o marido não podem escapar dos temores que os acompanham, pois são universais. Entretanto, um medo supersticioso evita que mencionem a possibilidade de terem um filho com problema.

A culpa aparece quando por algum motivo esta mãe fez ou deixou de fazer algo que julgue errado. Origina-se de uma necessidade humana de encontrar causas racionais para o nascimento de seu filho prematuro.

Para Ferreira (1986, p.82) “culpa é a conduta negligente ou imprudente sem propósito de lesar mas da qual proveio dano ou ofensa a outrem, responsabilidade por ação ou por omissão prejudicial, reprovável ou criminoso.”

Lebovici (1987) refere que quando os pais sentem-se responsáveis pela prematuridade do filho, confirmam-se seus temores fantasiosos de não serem capazes de serem pais, fazendo-os vivenciar sentimentos de culpa.

Brazelton (1992) coloca que os pais não só sofrem com o sentimento de culpa quando vêem o RN inocente, como também choram os defeitos do bebê que geraram e se culpam por isso quer consciente ou inconscientemente. Sentem-se culpados pelo estado do bebê, quer haja razão, quer não. Para ultrapassar esses sentimentos é necessário tempo hábil e um árduo trabalho pessoal da equipe multiprofissional.

Ainda nesta categoria aparece a subcategoria PERCEPÇÕES POSTERIORES, que diz respeito às manifestações relatadas pelas mães após um período de tempo de internação do seu filho. Sabe-se que o tempo interfere na assimilação e exteriorização de pensamentos e condutas. Quando S₁₈ diz: “...mas rezei muito e tenho fé que ele vai se sair bem, ele é forte e Jesus Cristo também” e S₁₆ “... mas rezo muito e sei que vai dar certo, tenho fé, muita fé”. Presente uma manifestação de religiosidade, ou seja, estas mães acreditam ou precisam acreditar na recuperação de seus RNs.

Lamy, Gomes e Carvalho (1997, p.297) constatam que nas famílias de bebês internados em UTI Neonatal “a religiosidade se configura de uma forma homogênea e é uma fonte de consolo”. Entregar o destino nas mãos de Deus lhes dá conforto.

Outro relato nesta subcategoria foi o de confiança e tranquilidade. Quando S₁₆ diz: “...tenho um pouco de medo...mas sei que vai dar certo.” A afirmação “que vai dar certo” confirma a necessidade de confiança no tratamento, apesar da gravidade do quadro, como acontece em grande parte das situações.

Mayeroff (1971) identificou a confiança como ingrediente do cuidado, pois ela é adquirida através de atitudes claras e verdadeira entre a família e as enfermeiras.

Para Blakiston [199.], em medicina, confiança é a relação entre um paciente e seu médico ou qualquer membro da equipe de saúde baseada no conceito de que todas as informações permanecerão secretas e somente serão utilizadas para o seu tratamento e divulgadas somente com o seu consentimento.

Quando S₁₅ diz: “...agora já estou mais tranqüila.” Percebi que está junto com este sentimento a confiança e a esperança, o que gerou mais tranquilidade para ela em relação a recuperação do seu filho.

Gomes (1992, p.52) refere que os pais:

“Manifestam esperança e desejo de ver o filho fora da UTI, apoiados na religião, no estar com a equipe de saúde, familiares, amigos, esposos (as). A esperança está associada ao cuidado e preocupação com o futuro. É a expectativa de que os problemas se resolverão com a melhor solução.”

Na categoria ACONTECIMENTOS emergiram nas falas das mães relatos relacionados a situação concreta vivida no momento e a internação propriamente dita.

Acontecimento segundo Ferreira (1986) é um fato que causa sensação, episódio, ocorrência e ocasião.

Nesta categoria apareceram três subcategorias: SEPARAÇÃO MÃE-BEBÊ, TRATAMENTO E ASPECTOS FÍSICO DO RN.

Na subcategoria SEPARAÇÃO MÃE-BEBÊ aparece bem evidente as preocupações relacionadas ao vínculo afetivo quando S₂ e S₄ dizem respectivamente:

"...queria que ele estivesse comigo e não na UTI..."

"...eu queria meu nenê lá em casa comigo, na caminha dele."

Aparece nas falas a necessidade do vínculo mãe-bebê, ou seja, uma aproximação, um estar perto.

Vínculo segundo Blakiston [199.] é um sentido estrito, refere-se ao sentimento do pai ou da mãe pelo seu filho, ou seja, serve para ligar.

Segundo Bolwby (1991, p.193) o vínculo da criança com sua mãe é "o produto da atividade de um certo número de sistemas comportamentais que tem proximidade com a mãe como resultado previsível".

This (1989, p. 237) chama atenção para o fato de "o fenômeno de apego é sempre descrito como vínculo que se estabelece do filho em relação a mãe e da mãe em relação ao filho."

Em relação à subcategoria TRATAMENTO as mães relataram sua preocupação com a medicação e com o tratamento traumático como aparece nos seguintes relatos: cabe ressaltar que tratamento aqui é apenas uma parte do cuidado na visão das mães. Está relacionado ao aspecto do medicamento somente. Não apareceu a preocupação com um cuidado mais específico e abrangente, como zelo, conforto, proximidade, entre outros. Por isso, optei por manter a subcategoria com essa denominação.

"... muitas vezes sinto pena dele, parece que está sendo traumatizado com tanta medicação e picadas de agulhas." (S₉)

“dolorida, assustada, esperava um parto normal e não uma UTI para o meu filho...estou triste, mas tem que fazer o tratamento certo.” (S13)

“...não fiz o pré-natal direitinho e agora o bebê tem que fazer medicação para infecção.” (S18)

A maior parte destas mães vêem a cura de seus filhos relacionadas ao tratamento que estão recebendo. Mesmo sentindo pena de seus bebês por estarem internados, sendo manuseados e “picados” para fazer as medicações elas confiam na recuperação deles devido o tratamento recebido.

Ao saber que seu filho necessita de internação por algum motivo decorrente da gestação ou algo não tratado por ela a preocupação aumenta, pois sente-se culpada por seu bebê estar internado e não poder sair com ela no momento de sua alta; como relataram os sujeitos acima.

Algumas mães fantasiam que o tratamento aplicado ao RN será decisivo e eterno, este ficará curado para sempre, ficando triste quando por algum motivo este RN necessite trocar o tratamento ou prolongar a terapêutica.

Mães de bebês prematuros, na grande maioria, associam a palavra tratamento a antibiótico. Tenho observado na prática diária que em qualquer intercorrência clínica elas questionam sobre o uso do mesmo.

Blakiston ([199.], p1046) define tratamento como “aplicação de medidas terapêuticas; terapia. Aplicação de um agente químico ou de um processo físico a uma substância ou objeto, a fim de torná-lo próprio para ser utilizado ou administrado.”

Cabe a equipe de saúde explicar a esta mãe sobre o significado do tratamento e da cura para este RN e que o mesmo poderá apresentar outras patologias que necessitarão de novo tratamento durante a sua infância.

Logsdon e Davis (1998, p.195) referem que “dependendo da personalidade da mãe, sua capacidade de entender a situação e capacidade de percepção, a serenidade do prognóstico do bebê pode ou não corresponder à intensidade de sofrimento da mãe”.

A paciência é uma virtude que os pais tentam desenvolver para suportar a longa espera pela resposta sobre prognóstico do filho.

Alguns momentos ficam confusos querendo entender a doença do bebê, porém temem pelo pior sofrendo com a certeza ou na dúvida.

A subcategoria ASPECTO FÍSICO DO RN mostra a capacidade das mães buscarem indicadores para avaliarem o bebê. O peso é o mais tradicional como relata o S₁₂ e S₁₄ consecutivamente:

“...o bebê está bem, já respira sozinho...agora só precisa ficar gordinho para ir para casa.”

“um pouco triste, mas ao mesmo tempo tranqüila, pois o meu bebê é pouco prematuro e é gordinho, o doutor falou que é um bebê sem risco de vida.”

Klaus e Fanaroff (1993) acreditam que cada um dos pais tem uma tarefa a realizar durante o período pós-parto. A mãe, em particular, deve olhar e “receber” o seu filho real e, então, adaptar a fantasia da criança que ela imaginou com a que ela gerou. Diversas culturas reconhecem essa necessidade provendo a mãe com um acompanhante (“doula”), que a alivia de outras responsabilidades de modo que ela possa se devotar completamente a esta tarefa.

Há evidência sugestiva de que várias dessas interações precoces também ocorrem entre o pai e o filho recém-nascido. Quando os pais têm a oportunidade de estarem a sós com seus filhos recém-nascidos, eles levam quase exatamente o mesmo tempo que as mães segurando, tocando e olhando-os.

Brazelton e Cramer (1992) dizem que para os pais, três bebês se reúnem no momento do nascimento, são eles: a criança imaginária de seus sonhos e fantasias, o feto invisível e real que faz evidente durante a gestação, os quais se fundem “com o recém-nascido de fato, que pode ser visto, ouvido e, por fim, pego nos braços”(p.3).

Segundo Klaus e Kennel (1993) as mães sonham com o bebê esperado. O retrato mental na mente da mãe antes do nascimento do filho, freqüentemente inclui uma específica cor de cabelos, sexo e assim por diante, mas o bebê jamais é como o bebê retratado mentalmente, e durante os primeiros dias após o nascimento, a mãe deve ajustar o retrato mental para que se emparelhe ao bebê real.

Durante este trabalho observei que as mães relacionaram o peso do RN com a saúde. Geralmente acham que o bebê mais gordinho tem mais chance de sobreviver independente do seu diagnóstico.

O bebê gordo é visto como bebê saudável, aquele que é forte e reverterá a situação. O prematuro pequeno é o “fraquinho” que não tem as mesmas chances que o gordinho.

Observei também que na maioria das vezes a primeira pergunta feita pela mãe e a família é o peso do RN e não sobre a situação do mesmo. Somente após passado o primeiro impacto é que aparecem questionamentos sobre detalhes das condições do bebê.

Se este é gordinho, a esperança parece ser maior.

Na fase de análise deste estudo tive a oportunidade de vivenciar o nascimento do meu sobrinho prematuro, no qual precisou de internação por um longo período em uma UTI Neonatal. Presenciei de perto o sentimento de culpa que minha irmã relatava a cada procedimento que era feito no bebê. Uma tarde ao chegar no leito do RN e ver que

seu braço estava com edema provocado pelo extravasamento de solução parenteral, entrou em crise de choro, relatando que o RN estava sofrendo por ela ter tido “esta doença maldita chamada de eclâmpsia”, se tivesse ocorrido tudo bem ele iria nascer no tempo certo (a partir de 10 de abril de 2002) e não ter nascido tão cedo (25 de janeiro de 2002) e sofrer tanto. Após o “trauma” deste incidente, ela passou a se preocupar com o aspecto físico do RN para leva-lo para casa. A cada grama de peso ganho era uma felicidade, mas quando, por alguma razão, ele diminuía seu peso, aquela sensação de culpa voltava à tona.

Os dias foram se passando a fé, a crença estavam presentes diariamente.

Sempre ao chegar perto do seu filho, ela rezava agradecendo a Deus pela boa evolução do bebê. Sempre dizia “ele está tão bonitinho, gordinho, agora só falta chegar ao peso ideal para sair daqui”.

Eu, como enfermeira e familiar, estava ali vivenciando esta experiência no dia-a-dia, e precisei de “força” dos colegas para conseguir dar apoio à minha irmã, principalmente nos primeiros dias. Vivenciei que a relação paciente, família necessita da presença confiante e esclarecedora da enfermeira para auxiliar no fortalecimento desse vínculo tão importante e decisivo nesse momento.

REFLEXÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo descrevo minha experiência no intuito de transmitir aos profissionais de enfermagem meus sentimentos.

A realização do mesmo me oportunizou um acréscimo de conhecimento, não só acadêmico, mas também de vida. Experienciar o nascimento na família de um prematuro e reconhecer todos os aspectos que vinha encontrando no desenrolar da pesquisa, possibilitou-me uma reflexão profunda quanto o meu viver existencial. Se como tia, meus sentimentos afloraram tão confusos, ambivalentes e obscuros, como não seria então com as mães, sujeitos da pesquisa?

Percebe-se que a enfermeira atua em um setor de grande importância para o bem estar tanto do recém-nascido quanto da família. Portanto, de acordo com Ângelo (1999) a formação acadêmica dos enfermeiros deve estar voltada para as questões de família.

Observei que os sentimentos das mães dos RNs prematuros internados oscilam desde confiança até incerteza do que poderá acontecer neste período de internação.

A tristeza foi o sentimento mais evidenciado pelas mães. Aparece nos relatos traduzido por expressões das mais variadas como a associada ao afastamento físico do

filho até uma sensação de angústia muito grande chegando à caracterização de um sintoma físico. A tristeza também pode ser revelada, expressada em momentos em que nos sentimos feridos por algum fato ou palavra. No caso, o fato da prematuridade, da internação, do desconhecido são com certeza situações que levam a este sentimento.

A culpa, outro sentimento que aparece, acompanha os pais de RNs que apresentam qualquer tipo de problema. Brazelton (1988, p.38) diz que “emocionalmente, qualquer mãe poderá culpar-se por qualquer doença, por prematuridade, por manchas de nascença ou por qualquer defeito que possa aparecer no bebê”, e que, durante a gestação, estas preocupações são comuns e esgotam os futuros pais.

No caso de bebês prematuros, Lebovici (1987) refere que quando os pais sentem-se responsáveis pela prematuridade do filho, confirmam-se seus temores fantasiosos de não serem capazes de serem pais, fazendo-os vivenciar sentimentos de culpa.

Os pais ao permanecerem junto ao filho no hospital revelam sentimentos de competência e realização por estarem ajudando de maneira construtivas na recuperação do filho (Bezerra e Fraga, 1996). Por sua vez, Castro Neto (1995) diz que a ligação afetiva entre mãe e filho é tão importante para a sobrevivência do bebê quanto o alimento. “As mães que mantêm ligação afetiva com seus bebês estão criando seres humanos mentalmente sadios e felizes” (p.837).

As mães e seus RNs precisam receber cuidados, é necessário proporcionar a livre expressão de seus sentimentos para que possa entendê-las. Conforme Fagundes, Baruff e Geib (1990), humanizar uma unidade hospitalar não significa apenas torna-la mais hospitaleira e acolhedora, visto que é o cenário onde as vidas começam seu curso.

Portanto, a Unidade de Internação Obstétrica deve ser um ambiente que propicie à família condições para aflorar seus sentimentos de adequação do novo bebê.

A enfermeira da UTI Neonatal precisa ter consciência do impacto causado nos pais pela doença e hospitalização do RN, permitindo-lhes partilhar de seus sentimentos durante a hospitalização (Miles, Holdith-Davis, Shepherd, 1998).

O ambiente hospitalar é estranho para os pais que vivenciam a internação de seu filho(a). Este estudo com o objetivo de conhecer os sentimentos das mães que passam por esta situação, também tem a preocupação de preparar melhor a equipe de enfermagem para amenizar estes sentimentos.

As mães dos bebês e seus familiares também necessitam receber cuidado neste período e cabe à equipe de enfermagem proporcionar livre expressão dos seus sentimentos, assim, aliviando as sensações dolorosas em relação ao seu bebê, fortalecendo vínculo entre o binômio mãe e filho, entender melhor a dinâmica do afeto e respeitar as diversidades que possam surgir dos indivíduos.

O apoio da família é muito importante para esta mãe, o pai como provedor da casa permanece menos tempo cuidando dos filhos, pois trabalha para manter o sustento da família enquanto a mãe permanece ao lado do RN hospitalizado fazendo com que a dupla jornada desta mãe seja amenizada com a colaboração da família. Só assim, ela consegue distribuir melhor seu tempo entre casa, filhos e cuidado com o RN internado, precisando de uma equipe preparada para entender seus sentimentos, pois, muitas vezes, as mães sentem-se sozinhas sem alguém para compreendê-la e ajuda-la a conviver com esta situação.

Em geral, são poucos profissionais que sentem-se capacitados para atuar de maneira segura diante do sofrimento dos pais.

O trabalho rotineiro e técnico faz com que sejamos percebidos como “trabalhadores mecânicos” e pouco capazes de vivenciar os sentimentos desses pais frente a outras pessoas.

Mas os pais têm uma sensibilidade mais aguçada fazendo com que desenvolvam critérios e julgamentos frente ao que presenciam no convívio hospitalar. Os pais valorizam a humanização no cuidado deixando claro que é fundamental na relação profissional e pais.

Entre os sentimentos encontrados no decorrer deste trabalho a tristeza, o medo e a culpa foram muito evidentes. Estes sentimentos devem estar presentes para os profissionais e propiciar um repensar sobre repercussões aos pais fazendo com que se entenda sua dor e se descubra maneiras para ajuda-los a conviver e esclarecer esta fase.

Para Waldow (1998 b), o conhecimento somado às habilidades manuais, só será efetivo quando estiver presente a sensibilidade humana, porque o conhecimento fundamenta-se na experiência e no interesse em manter-se atualizado.

Mayeroff (1971) aborda o conhecimento como um dos principais componentes do cuidado. É preciso conhecer quem é esse outro que se vai cuidar, quais as suas necessidades, limitações e poderes, precisa-se saber como responder a essas necessidades e, ainda, quais os próprios poderes e limitações.

Penso ser imprescindível que a equipe de enfermagem comece a questionar essas mães sobre suas expectativas para adequar os cuidados de enfermagem, tornando-os mais humanizados.

A comunicação verbal estabelecida entre a equipe e as mães dos RNs é muito importante para elas, pois quando isso ocorre sentem-se mais seguras, pois os

profissionais demonstram interesse pela mãe e o filho, identificando-se com a profissão que exercem.

Silva (1991) também diz que os profissionais de enfermagem precisam estar atentos à comunicação não verbal, pois seus sentimentos são expressos através dos seus atos e de seus corpos, sendo que a face é uma das partes do corpo humano mais utilizada para demonstrar os sentimentos.

Desta forma, acredito que o presente estudo pode contribuir com os profissionais que desejam atender as expectativas das mães dos RNs internados quanto ao cuidado de enfermagem.

Creio, também, que será de grande valia para meu futuro profissional, porque conhecendo os sentimentos das mães posso adequar o cuidado de enfermagem que realizo, buscando desenvolver um cuidado mais humanizado ao binômio mãe-filho.

Este estudo não esgota o tema escolhido, pelo contrário, é mais um trabalho que procura desvelar sentimentos para melhorar a qualidade do cuidado. Penso que muitos outros poderão seguir esta mesma linha de pensamento, aprofundando o conhecimento e descobrindo novas estratégias de se aprimorar o cuidado, como fonte inesgotável de pesquisa na área da Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÂNGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Revista Família, saúde e desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n. ½, p.7-17, jan./dez., 1999.
- ÁVILA, A.A. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998.
- BARBOSA, V.L.; et al. **Procedimentos técnicos de enfermagem em UTI Neonatal.** São Paulo/Rio de Janeiro/Bahia: Atheneu, 1995.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.
- BEZERRA, L.F.R.; FRAGA, M.N.O. Acompanhar um filho hospitalizado – compreendendo a vivência da mãe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.49, n.4, p. 611-624, out/dez, 1996.
- BIASOLI-ALVES, Z.M.M. **Relações familiares.** Curso de Pós-Graduação, 1999 (Mimeografado).
- BLAKISTON. **Dicionário Médico.** 2. ed. São Paulo: Andrey, [199.].
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação:** uma introdução a teoria e aos métodos. Portugal: Porto, 1994.
- BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental.** São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- _____. **Apego.** São Paulo: Martins Fontes, v.1, 1991.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Ministério da Ação Social/Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência, 1990.
- BRAZELTON, T.B. **O desenvolvimento do apego:** uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

_____. **Tornar-se família:** o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento. Terramar, 1992.

BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.G. **As primeiras relações.** São Paulo: Martins Fontes, 1992.

CAMPOS, N.H.; URZÚA, R.F.; POLANCO, I.S. **Família y salud familiar,** um enfoque para la atención primaria. Santiago, Bot of Sanit Panar, v. 98, n.2, 1985.

CARDOSO, F.S.; et al. **Maternagem.** Acta Médica, v.1, p.631-635, 1995.

CARVALHO, G.M. de. **Enfermagem em Obstetrícia.** São Paulo: EPU, 1990.

CARVALHO, M. R. de. Um revolucionário método de cuidar do RN prematuro. <http://www.aleitamento.med.br>. Abril, 2000.

CASTIEL, S. **Notas acerca das transformações da família e do casamento** – contribuições da história social. Porto Alegre: CEAPLA, 1993 (mimeografado).

CASTRO NETO, A. Mãe e Filho: um abraço que começa no útero. **Pediatria Moderna,** v. 31, n.5, p. 837-838, ago, 1995.

CHIZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1994.

CROSSETTI, M.G.O. Elementos do cuidar/cuidado na perspectiva de enfermeiras de um município gaúcho. **Revista Texto e Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 151-173, maio/ago., 1998.

CUNHA, I. A neurociência e o vínculo mãe-bebê. **Informativo Método Mãe Canguru,** Brasília, n.2, out./nov./dez., 2001.

DARBYSHIRE, P. Parents, nurses and pediatric nursing: a critical review. **Journal Adv. Nurs.,** n.18, p. 1670-1680, 1993.

ELSEN, I.; MARCON, S.S. A enfermagem com um novo olhar...a necessidade de enxergar a família. **Família: Saúde, desenvolvimento,** Curitiba, v.1, n.1/2, jan./dez., 1999.

FAGUNDES, M.J.D.; BARUFF, L.M.; GEIB, L.T.C. As práticas hospitalares e o apego. **Revista Médica Hospital São Vicente de São Paulo,** São Paulo, v.2, n.4, p.23-25, maio, 1990.

FERRARI, D.M. O puerpério, sua importância na formação da família. **Revista Fêmina,** São Paulo, v.22, n. 10, p. 508-518, out., 1994.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa.** 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

- GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- GOLDANY, A.M. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, Fundação Carlos Chagas, n.91, p. 7-22, nov., 1994.
- GOMES, M.M.F. Ter o filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: o significado para os pais. São Paulo: EPM, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Pediátrica). São Paulo, **Escola Paulista de Medicina**, 1992.
- GURMENDEZ, C. **Sentimientos básicos de la vida humana**. Madrid: Libertárias, 1994.
- HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HORTA, W.A.; et al. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- KING, I.M. Nursing theory: problems and prospect. **Nursing Science**, v.2, p.394-403, 1981.
- KLAUS, M.H.; FANAROFF, A.A. **Alto risco em neonatologia**: 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.
- KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. Assistência aos pais. In: KLAUS, M.H.; FANAROFF, A.A. **Alto risco em neonatologia**: 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.
- _____. **Pais/Bebê – a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- LAMY, Z.C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**, v. 73, n. 75, p. 293-298, set./out., 1997.
- LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- LEININGER, M. In: GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, cap. 20, p. 286-299.
- LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; SCOCHI, C.G.S. Assistência a criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p. 33-39, abril, 1999.
- LOGSDON, M.C.; DAVIS, D.W. Guiding mothers of high-risk infants in obtaining social support. **MCN**, v.23, n.4, p.195-199, july./aug., 1998.
- LUCENA, A.F. Significado do cuidar para as enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva. Porto Alegre, UFRGS, 2000. **Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem**, UFRGS, 2000.

MALDONADO, M.T.P. **Maternidade e paternidade**: a assistência no consultório e no hospital. Petrópolis: Vozes, 1989.

MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 7. ed. São Paulo: Sarvier, 1985.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MILES, M.S.; CARLSON, J.; FUNK, S. Sources of support report by mothers and fathers of infants hospitalized in a neonatal intensive care unit. **Neonatal Network**, v.15, n.3, p. 45-52, Apr, 1996.

MILES, M.S.; HOLDTH-DAVIS, D.; SHEPHERD, H. Maternal concerns about parenting prematurely born children. **MCN**, v.23, n.2, p. 70-75, Mar./Apr., 1998.

MIURA, E.; PROCIANOY, R.S.; (col.). **Neonatologia**: princípios e práticas. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MOTTA, M.G.C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital**: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. Florianópolis: UFPEL, 1998. 223p. (série teses em enfermagem, 13).

MURAHOVSKI, J. **Pediatria**: diagnóstico e tratamento. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1986.

ORTIZ, M.R.L. A psicologia hospitalar na atenção à criança e à família. In: SESSIM, R.B.; CARVALHO, P.R. **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

OSKI, F.A.; DE ANGELIS, C.D.; FLIGIN, R.; et al. **Princípios e prática de pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

OSÓRIO, L.C. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PAIXÃO, W. Páginas da história da enfermagem. In: MELO, C.M.M. **Divisão social do trabalho e da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1963.

PARSE, R.R. et al. **Nursing research** – qualitative methods. Baltimore: Brady Communications, 1985, cap. 8, p. 91-94. The descriptive method.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ROCHA, S.M.M. Assistência integral à saúde da criança e do adolescente. In: Congresso Paulista de Enfermagem Pediátrica, 1, São Paulo, 1995. Anais...São Paulo, outubro 1995.

SANDELOWSKI, M. Sample site in qualitative research. **Research in Nursing & Health**, n.18, p. 179-198, 1995.

SCOCHI, C.G.S.; et al. O conhecimento de puérperas sobre o cuidado com o recém-nascido: avaliação da influência da internação em uma maternidade de um hospital-escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.45, n. 1, p.36-43, jan./mar., 1997.

SEGRE, C.A.M. **Recém-Nascido**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1985.

SILVA, M.J.P. percebendo os sentimentos de maneira não-verbal. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.10, n.3, p. 128-132, set./dez., 1991.

SOIFER, R. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

SPRITZ, R.; RENNÉ, A. **O primeiro ano de vida**. 7.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

STAKE, R.E. **Investigación con estudio de casos**. Madrid: Morata, S.L., 1998.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI Neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

THIS, B. **O Pai**: ato de nascimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

VIEGAS, D.; MORAES, R.V. **Neonatologia clínica e cirúrgica**. São Paulo: Atheneu, 1986.

VISCOTT, D.S. **A linguagem dos sentimentos**. São Paulo: Summus, 1982.

WAECHTER, E.H.; BLAKE, F. G. **Enfermagem Pediátrica**. 9.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

WALDOW, V.R. Cuidar/cuidado: o domínio unificado da enfermagem. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. A enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998 a.

_____. Definições do cuidar e assistir: uma mera questão de semântica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 20-32, jan., 1998 b.

WATSON, J. Watson's theory of transpersonal caring. In: WALKER, P.H.; NEUMAN, B. **Bulprint for use of nursing models**: education, research, practice e administration. New York: NLN Press, 1996.

WHALEY, L.F.; WONG, D.L. **Enfermagem Pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

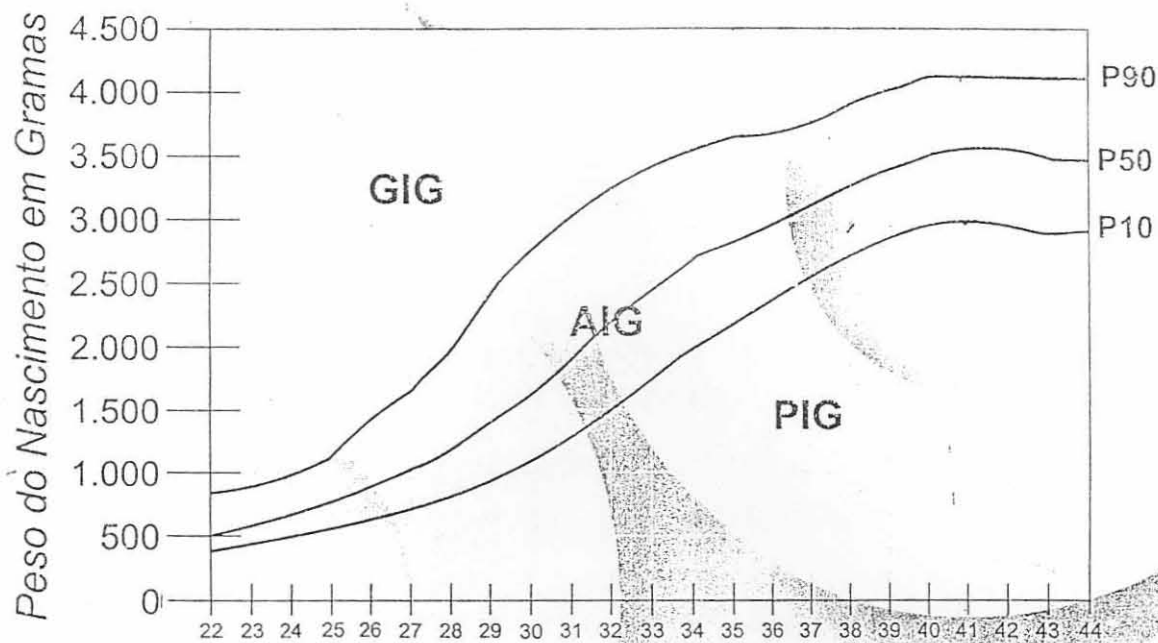
APÊNDICES



Idade Gestacional (semanas)	Limite Inferior (kg)	Limite Superior (kg)
20	10,0	12,5
25	12,5	16,0
30	16,0	20,0
35	20,0	25,0
40	25,0	30,0

APÊNDICE A

RELAÇÃO PESO/IDADE GESTACIONAL



Idade Gestacional em Semanas

Idade Gestacional (sem)	5th Pctl	10th Pctl	50th Pctl	90th Pctl	95th Pctl
20	249	275	412	772	912
21	280	314	433	790	957
22	330	376	496	826	1023
23	385	440	582	882	1107
24	435	498	674	977	1223
25	480	558	779	1138	1397
26	529	625	899	1362	1640
27	591	702	1035	1635	1927
28	670	798	1196	1977	2237
29	772	925	1394	2361	2553
30	910	1085	1637	2710	2847
31	1088	1278	1918	2986	3108
32	1294	1495	2203	3200	3338
33	1513	1725	2458	3370	3536
34	1735	1950	2667	3502	3697
35	1950	2159	2831	3596	3812
36	2156	2354	2974	3668	3888
37	2357	2541	3117	3755	3956
38	2543	2714	3263	3867	4027
39	2685	2852	3400	3980	4107
40	2761	2929	3495	4060	4185
41	2777	2948	3527	4094	4217
42	2764	2935	3522	4098	4213
43	2741	2907	3505	4096	4178
44	2724	2885	3491	4096	4122

* Pctl = percentil.

(ALEXANDER GR, et al. Obstet. Gynecol. 1996; 87:163-8)

DO DE CAPURRO

Juncos e outras aves
- 1. descamação do pé e do
- com subjez profundeza

quando não encurvado
de encurvado no bico
na de encurvado e de encurvado
de encurvado

APÊNDICE B **MÉTODO DE CAPURRO**

de encurvado e de encurvado
de encurvado e de encurvado
de encurvado e de encurvado

de encurvado

MÉTODO DE CAPURRO*

Textura da pele:

- 0 – Muito fina
- 5 – Fina e lisa
- 10 – Algo mais grossa e discreta descamação superficial
- 15 – Grossa – sulcos superficiais, descamação de pés e mãos
- 20 – Grossa – apergaminhada com sulcos profundos

Forma da orelha:

- 0 – Chata, disforme, pavilhão não encurvado
- 8 – Pavilhão facilmente encurvado no bordo
- 16 – Pavilhão parcialmente encurvado em toda parte superior
- 24 – Pavilhão totalmente encurvado

Glândula mamária:

- 0 – Não palpável
- 5 – Palpável menor que 5 mm
- 10 – Entre 5 e 10 mm
- 15 – Maior do que 10 mm

Pregas plantares:

- 0 – Sem pregas
- 5 – Marcas mal definidas na parte anterior da planta
- 10 – marcas bem definidas sobre a metade anterior e sulcos no terço anterior
- 15 – Sulcos na metade anterior da planta
- 20 – sulcos mais da metade anterior da planta

Formação do mamilo:

- 0 – Apenas visível sem aréola
- 5 – Mamilo bem definido, aréola lisa e diâmetro menor que 7,5 mm
- 10 – Mamilo bem definido, aréola pontilhada, bordo levantado e diâmetro menor que 7,5 mm
- 15 – Mamilo bem definido, aréola pontilhada, bordo levantado e diâmetro maior que 7,5 mm

Idade Gestacional = 204 + contagem = ___ semanas e ___ dias.

* Segundo Miura e Procianny (1997)

DAS ENTREVISTAS

PARA

2. PARTI-

APÊNDICE C
ROTEIRO DA ENTREVISTA

TERMO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, sou maior de idade e capaz para fins legais. Eu entendo a natureza e o propósito da pesquisa e estou disposto a participar dela voluntariamente, sem qualquer coerção ou influência indevida. Eu entendo que minha participação é voluntária e que eu posso recusar ou interromper minha participação a qualquer momento sem qualquer penalidade ou prejuízo. Eu entendo que a minha participação na pesquisa é confidencial e que os meus dados serão mantidos em sigilo. Eu entendo que a minha participação na pesquisa é para fins científicos e que os resultados da pesquisa serão divulgados publicamente. Eu entendo que a minha participação na pesquisa é para fins científicos e que os resultados da pesquisa serão divulgados publicamente.

Assinatura do Termo

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, sou maior de idade e capaz para fins legais. Eu entendo a natureza e o propósito da pesquisa e estou disposto a participar dela voluntariamente, sem qualquer coerção ou influência indevida. Eu entendo que minha participação é voluntária e que eu posso recusar ou interromper minha participação a qualquer momento sem qualquer penalidade ou prejuízo. Eu entendo que a minha participação na pesquisa é confidencial e que os meus dados serão mantidos em sigilo. Eu entendo que a minha participação na pesquisa é para fins científicos e que os resultados da pesquisa serão divulgados publicamente. Eu entendo que a minha participação na pesquisa é para fins científicos e que os resultados da pesquisa serão divulgados publicamente.

Assinatura do Termo

Eu, abaixo assinado, sou maior de idade e capaz para fins legais. Eu entendo a natureza e o propósito da pesquisa e estou disposto a participar dela voluntariamente, sem qualquer coerção ou influência indevida. Eu entendo que minha participação é voluntária e que eu posso recusar ou interromper minha participação a qualquer momento sem qualquer penalidade ou prejuízo. Eu entendo que a minha participação na pesquisa é confidencial e que os meus dados serão mantidos em sigilo. Eu entendo que a minha participação na pesquisa é para fins científicos e que os resultados da pesquisa serão divulgados publicamente. Eu entendo que a minha participação na pesquisa é para fins científicos e que os resultados da pesquisa serão divulgados publicamente.

Assinatura do Termo

Assinatura do Termo

Assinatura do Termo

Assinatura do Termo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Neste estudo pretendo conhecer os sentimentos das mães que têm um filho prematuro hospitalizado em uma unidade de terapia intensiva para bebês, a fim de propor cuidados de enfermagem mais humanizados ao binômio mãe-filho e até se estender à família.

Caso você concorde em participar deste estudo, gostaria que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Asseguro o anonimato dos informantes e os dados serão utilizados com fins científicos.

Acredito que os resultados deste estudo poderão contribuir para melhorar a assistência de enfermagem aos RNs e suas mães que estão vivendo esta condição.

Pelo presente instrumento, eu _____
e _____ na condição de representantes legais do(a)
menor recém nascido(a) _____ sobre o(a) qual
detemos a guarda e o pátrio poder, declaramos expressamente que:

- (1) Temos conhecimento que nosso(a) filho(a) nasceu prematuramente. Este fato nos foi informado e esclarecido pela equipe do Centro de Neonatologia deste hospital;
- (2) Explicaram-nos também que nosso(a) filho(a) deverá permanecer internado até ter condições de alta hospitalar;
- (3) Fomos informados que o instrumento de pesquisa consta de uma pergunta aberta, onde poderemos expor nosso sentimento frente a internação de nosso(a) filho(a) recém nascido(a);
- (4) Fomos informados ainda que se participarmos deste estudo será assegurado o anonimato da nossa identidade e teremos a possibilidade de interromper a

participação na pesquisa a qualquer momento, sem que haja comprometimento da assistência prestada ao (a) nosso(a) filho(a), e que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos;

- (5) Autorizamos a enfermeira Iara T. Gama Fraga (autora da pesquisa), a gravar as entrevistas caso seja de seu interesse;
- (6) Fomos informados das justificativas e objetivos desta pesquisa de forma clara e detalhada. Todas as dúvidas foram respondidas e sabemos que poderemos solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento;
- (7) Estamos de acordo em participar juntamente com nosso(a) filho(a) da pesquisa a ser realizada.

Responsáveis: _____

NOME

ASSINATURA

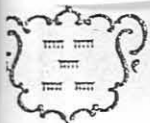
Autora: _____

Iara T. Gama Fraga
Enfermeira
Coren/RS 64189
FONE: 33741838

Orientadora: _____

Prof. Dr^a Eva Neri Rubim Pedro

APÊNDICE E
PARECER DA INSTITUIÇÃO Nº 023/00



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer nº023/00

Protocolo nº 278/00

Título: "Percepção dos Pais de recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatológica".

Investigadora Responsável: Enf. Iara Terezinha da Gama Fraga

Instituição onde se realizará – UTI-Neonatal/ISCMPA

Data de Entrada: 24/01/01

Objetivos – Conhecer a percepção dos pais frente ao recém-nascido prematuro internado;
Identificar o significado da internação hospitalar de um filho prematuro para seus pais;
Descrever o sentimento dos pais que têm um filho prematuro internado em um hospital;

I – Sumário do Projeto

Descrição e caracterização da amostra: - Trata-se de um estudo exploratório, descritivo qualitativo onde a amostra será recolhida aleatoriamente entre os pais/responsáveis dos recém nascidos durante a segunda semana de internação.

Critérios de inclusão e exclusão:

Adequação das condições – Hospital escola com infra-estrutura adequada para a realização do estudo descrito.

II – Comentários do Relator:

Justificativa do uso de placebo – Não se aplica

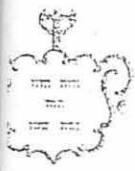
Análise de riscos e benefícios – O estudo não oferece riscos aos pacientes, está de acordo com as normas de pesquisas em seres humanos.

Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo – adequado.

Informação adequada quanto ao financiamento – adequado.

Outros centros, no caso de estudos multicêntricos –, só na ISCMPA

– Parecer – "O relator propõe parecer favorável uma a vez que o presente trabalho contempla as disposições da Resolução 196/96 da CONEP".



89

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Rua Prof. Amos Dias, 285 - Fone Geral: (51) 214 8080 - Fax: (51) 214 2455 - E-mail: scm@scmpa.org.br
CEP 90020-090 - Porto Alegre - RS - CNPJ 92815000/0001-68

- Data da Reunião: 06/03/01

"projeto e Consentimento Informado aprovados"

Porto Alegre, 13 de março de 2001.


Dr. Claudio Telöken

Coordenador do CEP/ISCMPA