



**PUC-SP**

PONTIFCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE

Deborah Grohmann Tondo Haro

Preparação dos pais para alta do seu filho prematuro da UTI Neonatal

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DA SAÚDE

SOROCABA

2015

Deborah Grohmann Tondo Haro

Preparação dos pais para alta do seu filho prematuro da UTI Neonatal

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DA SAÚDE

Trabalho final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em **Educação nas Profissões de Saúde**, sob a orientação da **Profa. Dra. Gisele Regina de Azevedo**.

SOROCABA

2015

## ERRATA

Errata referente a dissertação de Mestrado Profissional em Educação nas Profissões de Saúde, intitulada “Preparação dos Pais para alta do seu filho prematuro da UTI Neonatal” realizada por Deborah Grohmann Tondo Haro.

Pagina	Linha	Onde se lê	Leia-se
25	3	<b>Objetivo Geral:</b> Realizar assistência de enfermagem com foco na preparação dos pais para a alta hospitalar de seus filhos prematuros, utilizando uma cartilha de orientações de alta, como material de apoio.	<b>Objetivo Geral:</b> Analisar a realização de uma assistência de enfermagem com foco na preparação dos pais para a alta hospitalar de seus filhos prematuros, após a capacitação da equipe de enfermagem.



Elaborado pela Biblioteca Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Júnior.  
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC-SP

H292 Haro, Deborah Grohmann Tondo  
Preparação dos pais para alta do seu filho prematuro da  
UTI neonatal / Deborah Grohmann Tondo Haro. -- Sorocaba,  
SP : [s.n.], 2015.

Orientação : Gisele Regina de Azevedo.  
Trabalho Final (Mestrado Profissional) -- Pontifícia  
Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências  
Médicas e da Saúde.

1. Prematuro. 2. Pais. 3. Alta do Paciente. I. Azevedo,  
Gisele Regina de. II. Pontifícia Universidade Católica de São  
Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

---

---

---

Ao concluir este estudo, expresso meu reconhecimento a todos que estiveram presentes neste meu caminhar e contribuíram explícita ou anonimamente para torná-lo possível. Por isso, minha eterna gratidão:

A Deus, pela presença constante em minha vida e por iluminar meus passos.

Ao meu marido Fabio e meus filhos Lucas e Davi, pelo amor e compreensão em todos os momentos.

Aos meus familiares por entenderem minhas ausências e pelo incentivo.

À minha orientadora, pela dedicação e confiança.

Aos meus amigos pessoais, por serem continentes e pelo apoio incondicional.

Aos pais dos recém-nascidos que me acolheram com cordialidade e disponibilidade ímpar tornando possível este trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

### **Meus Sinceros Agradecimentos**

À Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, por estar sempre presente nos meus projetos pessoais e profissionais;

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Marina Wey e Prof.<sup>a</sup> Dra. Janie Maria de Almeida que participaram da banca de qualificação e que me auxiliaram no desenvolvimento dessa pesquisa.

Às queridas Cristina Feitosa e Heloisa Armenio pelo auxílio inestimável.

A todos os meus professores da PUC/SP, pela troca de conhecimentos e amizade que se iniciaram na graduação e perduram até os dias de hoje;

Aos meus colegas da turma do segundo semestre de 2013 do Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde, pela convivência e pelas reflexões durante as disciplinas, que muito contribuíram para meu crescimento profissional;

À minha querida orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Gisele Regina Azevedo pela amizade e dedicação, trazendo esperança e conforto nos momentos mais difíceis dessa pesquisa;

Às minhas eternas amigas Patrícia, Miriam e Sheilla que estão sempre presentes na minha vida e que me ajudaram direta e indiretamente na realização deste trabalho;

Aos pais e mães que tiveram seus filhos internados na unidade de terapia intensiva neonatal, pelo exemplo de fé e esperança.



“E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.”

(I Coríntios 13:2)

## RESUMO

Haro DGT. Preparação dos pais para alta do seu filho prematuro da UTI Neonatal.

O avanço tecnológico permitiu uma sobrevivência maior aos recém-nascidos prematuros e, com isso, internações muito prolongadas. Realizar uma assistência de enfermagem com foco na preparação dos pais para alta hospitalar de seus filhos prematuros é o objetivo deste trabalho, para isso foi necessário conhecer os problemas enfrentados pelos pais de recém nascidos prematuros, após a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal-UTI, capacitar a equipe de enfermagem para inserir precocemente os pais nos cuidados com seu filho prematuro e conhecer, após a capacitação da equipe de enfermagem, a adaptação dos pais em casa, após a alta da UTI neonatal. Observou-se que a equipe de enfermagem estava centrada nos cuidados intensivos ao recém-nascido prematuro, e se sentiam ameaçados com a presença dos pais na UTI, dificultando sua participação nos cuidados com o filho, ou mesmo de carregá-lo de forma frequente, se assim sua condição clínica permitisse. Após a capacitação da equipe e orientações contínuas, a equipe valorizou os sentimentos, medos, inseguranças e principalmente os sonhos maternos e paternos. Os pais foram instigados a participar dos cuidados, e em um dos relatos observou-se que a mãe e o pai acreditavam que o toque poderia machucar ou atrapalhar o desenvolvimento do bebê e, após a equipe insistir orientando o toque, ambos conseguiram interagir com a filha prematura. Concluiu-se que a alta hospitalar gera sentimentos de medo e angústia, porém observou-se nos relatos do primeiro grupo de entrevistas, que o medo era relacionado à angústia de não saber cuidar, de algo dar errado por falha dos pais e, no segundo grupo de entrevistas, não houve nenhum relato de medo ou insegurança em falhar na realização de algum cuidado, pois se sentiam capazes. A partir da capacitação, a equipe ficou mais sensibilizada com a parte humanitária que existe por trás das técnicas da UTI, o aspecto humano começou a fazer parte dos cuidados, os pais tiveram seus papéis no ambiente da UTI, e a equipe começou a valorizar também o sentir, e não apenas o fazer. Considerando que a parte técnica salva vidas, mas não salva aquilo que foi sentido, o sentimento das mães e filhos deve ser reconstruído com a ajuda da equipe e a fé das famílias.

**Descritores:** Prematuridade; Pais; Alta Hospitalar; Enfermagem.

## ABSTRACT

Haro DGT. Parental preparation for the discharging of their premature baby from the NICU.

The technological advance allowed for greater survival of premature newborns, and, with this, very prolonged hospitalizations. To accomplish a nursing care focused on the preparation of parents for the discharging of their premature babies is the goal of this work, for this was necessary to know the problems faced by the parents of premature newborns after the discharges from the Intensive Care Unit Neonatal-ICU, to capacitate the nursing team to precociously introduce the parents into taking care of their premature baby, and to know, after the training of the nursing team, the adaptation of the parents at home after the discharging from the NICU. We observed that the nursing team was centred on intensive cares of the premature newborn, and felt threatened by the presence of their parents within the ICU, hindering their participation in the care of the child, or even to carry it with frequency, if its clinical condition allows. After the training and continuing guidance, the team appreciated the feelings, fears, insecurities and, especially, the maternal and paternal dreams. Parents were encouraged to participate in the care of, and in one of the reports was noted that the mother and the father believed the touch could hurt, or muddle up the development of the baby, and after the team insistently guiding about the touch, both parents were able to interact with the premature daughter. We conclude that a hospital discharge generates feelings of fear and anguish, however we noted from the reports of the first group of interviews, that fear was related to the anguish of not knowing how to take care of, of something going wrong by parental failure and, in the second group of interviews, there was no account of fear or insecurity about failing in performing some care because they felt capable. From the training, the team became more sensitized to the humanitarian part that exists behind the ICU techniques, the human aspect started to become part of the care, parents had their roles in the ICU setting, and also the team began to value the feel and not just the do. Considering that the technical part does save lives, but does not save what was felt, the mothers' and the babies' feeling must be rebuilt with the help from the nursing-staff, together with the faith of the families.

**Keywords:** Prematurity; Parents; Discharge, Nursing

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Categorias dos discursos das mães e/ou pais de bebês que tiveram alta da UTI neonatal antes da capacitação da equipe de enfermagem para inserir os pais nos cuidados com o seu filho .....33
- Quadro 2** - Categorias dos discursos de pais de bebês que tiveram a alta da UTI neonatal após a capacitação da equipe de enfermagem, ou seja, durante a internação a equipe realizou um atendimento promovendo a participação dos pais nos cuidados .....48

## LISTA DE SIGLAS

<b>Mmhg</b>	milímetro de mercúrio
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>RN</b>	Recém-Nascido
<b>RNEBP</b>	Recém-Nascidos de Extremo Baixo Peso
<b>RNPT</b>	Recém-nascido Pré-Termo
<b>SINASC</b>	Sistema de informações de nascidos vivos
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>UTIN</b>	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
<b>TCLE 1</b>	Termo de consentimento pós-informado 1
<b>TCLE 2</b>	Termo de consentimento pós-informado 2
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1 Ser Prematuro.....	14
1.2 O fantasma chamado infecção.....	17
1.3 Conhecendo o filho na UTI Neonatal .....	18
1.4 Importância da sensibilização da equipe de enfermagem para inserir os pais nos cuidados com o filho prematuro .....	21
1.5 O medo das sequelas.....	22
1.6 Programando a chegada em casa .....	23
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>25</b>
2.1 Objetivo geral .....	25
2.2 Objetivos específicos.....	25
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>26</b>
3.1 Da escolha do método .....	26
3.2 Das etapas .....	27
3.3 Da capacitação da equipe de enfermagem .....	28
3.3.1. Divisão das equipes para realização da capacitação .....	29
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>31</b>
<b>4.1 Primeiro Grupo</b> .....	<b>31</b>
4.1.1 Entrevistas com as mães e/ou pais do primeiro grupo, ou seja, antes da capacitação da equipe .....	32
4.1.2 Reconhecendo o filho na UTI Neonatal.....	33
4.1.3 Ambiguidade de sentimentos .....	34
4.1.4 Em busca de respostas .....	35
4.1.5 A Rotina da UTI Neonatal.....	36
4.1.6 Frustração .....	38
4.1.7 Inserção nos cuidados.....	39
4.1.8 Preparação para a alta .....	40
4.1.9 Chegada em casa .....	43
4.1.10 Necessidade de suporte informativo .....	44
4.1.11 Conclusões do primeiro grupo de entrevistados .....	44
<b>4.2 Segundo Grupo</b> .....	<b>46</b>

4.2.1 Entrevistas com as mães e/ou pais que tiveram a alta da UTI Neonatal, após a Capacitação da equipe de Enfermagem, ou seja, durante a internação a equipe realizou um atendimento promovendo a participação dos Pais nos cuidados com o filho prematuro .....	47
4.2.2 Sentimentos Iniciais .....	48
4.2.3 A importância da equipe na internação .....	50
4.2.4 Medo da Alta .....	52
4.2.5 Chegada em casa .....	54
4.2.6 Suporte informativo .....	56
4.2.7 Conclusões do segundo grupo de entrevistados.....	57
<b>5 CONCLUSÕES .....</b>	<b>58</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE 1 ).....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE B - Solicitação de autorização para Pesquisa na UTI Neonatal do Hospital Unimed de Sorocaba.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE C - Questões norteadoras da entrevista semiestruturada .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE D - Questões norteadoras da entrevista semiestruturada .....</b>	<b>70</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No decorrer da minha vida profissional, tive a oportunidade de ser apresentada e convidada a trabalhar em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e o encanto pela área da neonatologia foi inesperado e surpreendente. A luta pela vida e a fé que as famílias conquistam durante a internação me fizeram ter a certeza da escolha pelo aperfeiçoamento profissional nessa área.

No trabalho diário, participei da vida e crescimento de muitos filhos e filhas, e pude ajudar no vínculo mãe/pai/filho, pois, nem sempre é fácil ver o filho imaginado dentro de uma incubadora, magro, cianótico e cheio de fios.

Quando decidi ser mãe, tive muita dificuldade em engravidar e, quando consegui, senti a dor da perda com seis semanas de gestação. A partir daí foi uma batalha para buscar tratamentos e realizar o grande sonho da maternidade; engravidei e na 37<sup>a</sup> semana de gestação, após uma intercorrência, tive que realizar o parto cesárea. Meu filho apresentou a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), o que causou uma internação de sete dias no berçário de alto risco.

Aquele foi o momento mais angustiante da minha vida e de meu marido, pois como já trabalhava na neonatologia, sabia de todas as possibilidades de agravamento na saúde dele e colocava exemplos na minha mente de todos os casos graves que conhecera. Outro fato crítico ocorreu em minha alta hospitalar, ir embora com a mala do meu filho preparada há mais de duas semanas e sem ele nos braços, foi triste demais. Porém, sabia que não chegava nem perto de todas as angústias, dores, medos que muitos pais passavam com seus filhos prematuros e, dessa experiência dolorosa levei o aprendizado e a preparação para o cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Sempre acreditei e procuro fazer a minha equipe de enfermagem acreditar que, quando internamos um bebê, também internamos os pais, os avós e os irmãos e, para eles devemos nos mostrar cada vez mais educadores, pois são eles que vão continuar todo um trabalho de sobrevivência destes pequenos lutadores.



## 1.1 Ser Prematuro

O Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) é aquele que nasce antes de completar 37 semanas de gestação. A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros, o que pode elevar a taxa de mortalidade infantil. Dentre as causas maternas estão idade materna (abaixo de 19 e acima de 34); condição socioeconômica; estado nutricional precário; ausência de pré-natal; uso de drogas, álcool, cigarros (ou outra substância); doenças crônicas maternas (diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outras); traumas e infecções. A prematuridade ainda é a maior causa de internação nas unidades neonatais e também responsável por elevados índices de morbidade e mortalidade no período perinatal.<sup>1-3</sup>

A consultoria do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostra que, ao contrário do que se esperava, a prematuridade vem apresentando discreto crescimento ao longo dos anos, já que tivemos melhorias nos indicadores de saúde materno infantis. Uma das causas evitáveis da prematuridade é o fumo, porém 15% das mulheres são fumantes. O Brasil apresenta, provavelmente, as mais altas taxas de cesarianas no mundo. Sua frequência aumentou de 38% de todos os partos em 2000 para 54% em 2011.<sup>4</sup>

O sistema de informações de nascidos vivos, o SINASC, do Ministério da Saúde, apontava um discreto aumento no percentual de prematuridade, de 6,8% para 7,2% entre 2000 e 2010. Entretanto, o atual estudo liderado pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas e que contou com a participação de 12 universidades brasileiras, corrige o valor de 2010 para 11,7%. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, nasceram 15 milhões de crianças prematuras (abaixo de 37 semanas de gestação). O Brasil está na décima posição entre os países em que mais nascem prematuros.<sup>5</sup>

Devido ao aumento dos casos de prematuridade e o impacto descrito nos indicadores de saúde nos últimos anos, houve a necessidade de se rever as práticas educativas de orientação para a alta, evitando as reinternações.<sup>6</sup>

Os recém-nascidos prematuros podem ser classificados de acordo com a idade gestacional, peso e a adequação do peso à idade gestacional, dentre essas classificações podemos ter prematuros de baixo peso ao nascer: 1500 até 2500 g,

muito baixo peso ao nascer (RNMBP) 1000g até 1500 g e recém-nascidos de extremo baixo peso ao nascer, ou seja, menos que 1000g.<sup>3,7</sup>

Os RNPT precisam de cuidados especiais pensando em suas características e necessidades fisiológicas, como:

Termo regulação, pois no nascimento, a temperatura do corpo cai rapidamente, devido principalmente, à evaporação da umidade corpórea, e a pequena quantidade de tecido subcutâneo. No neonato prematuro a perda de calor é ainda maior, por ter uma área corporal grande em relação ao peso. Por isso a necessidade de mantê-lo em incubadora aquecida e umidificada, permitindo assim crescimento e desenvolvimento adequado. O Método Canguru evita a perda de calor corporal e está associada com a manutenção ou o aumento moderado de calor durante esse posicionamento.<sup>3,8</sup>

Suporte ventilatório: podemos ter agravos na adaptação extrauterina, pois o processo de maturação anatômica e funcional do aparelho respiratório ocorre pelo menos na 35ª semana gestacional, sendo assim o bebê pode apresentar cianose, gemência, apneia e quadros de choque, necessitando de suporte ventilatório para promover o desenvolvimento adequado extrauterino.<sup>3,8</sup>

Nutrição Adequada: é importante proporcionar para evitar graus variados de desnutrição, na prematuridade à sucção pode ser fraca ou ausente, o esvaziamento gástrico é lento, o que dificulta a absorção do alimento e pode levar a enterocolite necrosante, uma doença em que ocorre a isquemia intestinal, a qual se inicia na mucosa e pode se propagar para a camada muscular e serosa, culminando com a perfuração intestinal. As funções imunológicas, respiratória, hepática e hemodinâmica dependem da higidez nutricional para seu bom desempenho.<sup>3,8</sup>

Tronchin<sup>9</sup>, Procianoy e Guinsburg<sup>10</sup> concordam que, no decorrer dos anos, o avanço tecnológico promoveu uma sobrevida maior aos recém-nascidos prematuros de idade gestacional cada vez menor. O uso de incubadoras aquecidas e umidificadas, respiradores que promovem uma ventilação cada vez mais efetiva, medicações entre outras tecnologias permitem que o RNPT consiga se desenvolver fora do útero, e com isso vários aspectos éticos e legais referentes à sobrevivência destes bebês impõem um desafio quase que intransponível: a missão de devolver às famílias e à sociedade uma criança capaz de desenvolver de maneira plena o seu potencial afetivo, cognitivo e produtivo.

O uso do surfactante pulmonar foi, sem dúvida alguma, um grande colaborador para a maior sobrevivência dos prematuros, as primeiras tentativas de reposição do surfactante exógeno em neonatos humanos, surgiram na década de 60, após identificarem que a deficiência desta substância seria a principal causa da SDR- Síndrome do desconforto respiratório, porém apenas em 1997 foi reconhecido pelo Ministério da Saúde (portaria nº 139 do Diário Oficial da União de 12/11/1997), quando o surfactante foi incluído na tabela de procedimentos especiais do Sistema Único de Saúde. No prematuro que tem o pulmão com a deficiência de surfactante, a função mais conhecida do surfactante pulmonar é o de estabilizar os alvéolos e os bronquíolos respiratórios durante a fase expiratória, evitando o colapso das vias aéreas distais e a perda do volume pulmonar. Durante a inspiração, o surfactante promove um recrutamento alveolar uniforme, reduzindo o gradiente pressórico entre o interstício e o alvéolo, diminuindo assim a formação de edema alveolar.<sup>11</sup>

Segundo Miyoshi<sup>11</sup> com o uso da reposição do surfactante em recém-nascidos com SDR, tivemos uma melhora na função pulmonar dos RN prematuros, diminuindo a necessidade do uso excessivo de oxigênio. Com isso tivemos uma diminuição da mortalidade em até 40%, porém o uso do surfactante não alterou a incidência de outras intercorrências relacionadas com a prematuridade, como a persistência do canal arterial, hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante, retinopatia da prematuridade e a displasia bronco pulmonar.

A utilização do surfactante possibilita a melhora das condições ventilatórias com menor ocorrência de complicações como o barotrauma, toxicidade pelo uso de oxigênio em altas concentrações, e com isso uma maior sobrevivência com menos incidência de displasia bronco pulmonar, porém é necessário enfatizar que nenhum medicamento é isoladamente responsável pela melhora da assistência, devemos estar atentos às condições básicas de atendimento para os prematuros, em especial aos extremos.<sup>12</sup>

Com uma sobrevivência maior, os RNPT desenvolvem maior possibilidade de comprometimento de sua qualidade de vida, devido ao desenvolvimento de morbidades relacionadas à prematuridade, daí a importância de promover e permitir o vínculo dos pais desde o início da internação.<sup>13</sup>

É importante lembrar que os cuidados prestados pela equipe da UTI Neonatal, e a alta tecnologia visam manter o ambiente externo semelhante ao útero

materno: incubadoras para manter o aquecimento e umidificação, posições para lembrar a ambiente uterino, nutrientes semelhantes aos recebidos através do cordão umbilical, toque gentil e mínimo, sons diminuídos, iluminação baixa e ventilação gentil. Porém, sabe-se que nada substitui o útero materno, principalmente para os RNEBP, ou seja, os nascidos abaixo de 1000 gramas. As sequelas são os fantasmas que percorrem a vida das mães durante a internação na UTI Neonatal, e algumas delas podem necessitar de cuidados especiais em casa.

Os recém-nascidos prematuros-RNPT podem sofrer diversos agravos à saúde devido à imaturidade de seus órgãos, podendo levar a reinternações frequentes, causando além do impacto psicológico aos pais, um aumento com as despesas com a saúde, pois, mesmo que não haja reinternações, os RNPT usam muito mais serviços especializados de saúde no primeiro ano de vida, quando comparado a um recém-nascido de termo-RNT. <sup>6</sup>

## **1.2 O fantasma chamado infecção**

As infecções no período neonatal representam fator importante na morbidade e mortalidade neonatais, motivo o qual serem os grandes fantasmas que assombram tanto os pais, quanto os profissionais que atuam em UTI Neonatal.<sup>3</sup>

No período neonatal os quadros infecciosos bacterianos são muito comuns, a resposta celular após as 24h de vida é limitada por uma população reduzida e ineficaz de leucócitos. A infecção pode se manifestar de forma localizada ou sistêmica, determinando assim a gravidade. As manifestações podem ser inespecíficas, podendo ter um curso inicial insidioso, confundindo-a com outras doenças comuns no período neonatal. O Sistema imunológico do recém-nascido prematuro apresenta como característica imunológica a resposta primária que é representada pela barreira física, sendo elas pele e mucosa e pela barreira química representada pelas enzimas digestivas, células fagocitárias e o sistema de complemento. Porém no prematuro extremo a pele é permeável, permitindo a perda de água e a entrada de bactérias. Os cuidados que a equipe atuante em UTI precisa realizar durante o período de internação, colaboram para a piora da pele e mucosas, devido ao uso de adesivos para fixar cânulas e cateteres. <sup>3,14,15</sup>

O procedimento de punção periférica ou central no recém-nascido prematuro é uma das práticas mais difíceis para os profissionais que atuam em UTI neonatal, causando muitas vezes lesão na pele, dor, estresse, interrupção do tratamento medicamentoso e infusão de fluidos necessários para sua sobrevivência.<sup>16</sup>

Ocorreram avanços tecnológicos como os cateteres de lúmens menores, permitindo sua progressão em veias extremamente finas e a possibilidade de inseri-los de forma periférica e mantê-los centrais, permitindo a infusão de drogas vesicantes e irritantes, evitando procedimentos para dissecação de veias. Porém as manipulações e as coletas, muitas vezes diárias, de exames laboratoriais, pioram ainda mais a barreira primária contra a infecção, ou seja, a pele e a mucosa.

A higienização das mãos ainda é a melhor prática e deve ocorrer antes e após o contato com o paciente, e também entre os procedimentos, porém mesmo sendo uma técnica simples e tendo uma grande importância epidemiológica na prevenção das infecções hospitalares, a adesão a essa medida tem se constituído um dos maiores desafios para as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.<sup>17</sup>

### **1.3 Conhecendo o filho na UTI Neonatal**

“Em todos os sentidos, é melhor se colocar o pequenino em uma incubadora ao lado da cama de sua mãe; a supervisão que esta exerce não deve, jamais, ser subestimada”.

*Pierre Budin*<sup>18</sup>

Seria importante lembrar um pouco da história dos antigos berçários de alto risco, nossa atual UTI Neonatal. A presença e a participação da mãe nos berçários mudaram bastante nesses últimos séculos, a mãe estava presente nos berçários de prematuros do médico francês Pierre Budin (o primeiro perinatologista da era moderna). Ele publicou um estudo em que as mães separadas dos filhos logo perderam todo interesse naqueles que elas não puderam cuidar ou ninar, e após o sucesso da criação das incubadoras, com êxito tanto comercial como clínico, separaram-se as mães de seus filhos. A efetividade no cuidado desses bebês prematuros na incubadora proibiu as mães de participar dos cuidados, e com a alta

taxa de morbidade e mortalidade levou também ao isolamento rigoroso e isso se disseminou de tal forma que as visitas eram totalmente desencorajadas. Em 1923 foi criado o primeiro centro hospitalar para atendimento de prematuros Sarah Morris Hospital em Chicago, seguindo as ideias de Budin, as mães eram encorajadas a manter a produção de leite materno em casa, porém o auxílio da mãe no cuidado real do seu filho prematuro ainda não era encorajado. Os manuais de atendimento ao recém-nascido prematuro se mantiveram com rigor e temores quanto a infecção, recomendando apenas o manuseio essencial dos bebês, com política de isolamento para qualquer visitante incluindo os pais.<sup>14,19</sup>

Nos dias de hoje já tivemos uma significativa melhora em relação à presença dos pais dentro do ambiente da UTI Neonatal e com isso novas demandas, já que é o local que oferece uma grande preocupação aos pais, até mesmo pela palavra "UTI" que as pessoas geralmente associam à morte. Os barulhos de alarmes, os diversos profissionais circulando e falando sobre seu filho em diversas perspectivas, trazem muito medo e angústia. O bebê idealizado já não é o mesmo, o que dificulta o apego e o vínculo materno.<sup>20,21</sup>

As mães descrevem uma sensação de vazio, o útero já não está mais completo, e não há o bebê nos braços para abraçar.<sup>19</sup>

Klaus e Kennel<sup>19</sup> relatam que os primeiros sentimentos de amor podem não ocorrer após o primeiro contato, ainda não é conhecida a relação do tempo em que a mãe irá se apaixonar pelo seu bebê, pode ser na gestação, ao nascimento, na primeira semana ou até mesmo após a primeira semana.

Os pais de um bebê prematuro necessitam de orientações e apoio emocional no momento da internação do seu filho, para que se sintam amparados e seguros; se isso acontecer, poderão repassar estes cuidados a eles, e assim a equipe ajudá-los na formação do apego.<sup>22</sup>

A confiança entre a equipe e os pais é a base para a construção de uma boa convivência entre todos. Nesse período de internação tão prolongado e cheio de inseguranças, medos e dúvidas, o maior beneficiado dessa confiança é o bebê.

A rotina dos pais na UTI Neonatal é muito penosa; é como estarem numa roda gigante, com altos e baixos. As dúvidas diárias devem ser esclarecidas e a confiança na equipe ajuda os pais a terem a liberdade na abordagem a qualquer momento, certos da atenção.

Alguns equipamentos ou procedimentos parecem simples e corriqueiros para a equipe, como exemplo a incubadora, que para a equipe é uma tecnologia comum capaz de manter o bebê aquecido, e para os pais representa que seus filhos estão doentes.<sup>23</sup>

Lazzeri<sup>24</sup> em um dos relatos de pais diz que

As decepções vividas em uma UTI Neonatal podem ser ainda mais sutis. Quem pode vestir o filho no primeiro dia do nascimento, como acontece em gestações consideradas normais, não imagina como é a sensação de ver o filho, por meses, usar apenas fraldas, recortadas pela metade para caber certinho. Ou então de não encontrar roupas que caibam na criança quando a hora de usar a primeira roupinha chegar.

O primeiro contato entre pais e filhos no ambiente neonatal produz questionamentos sobre o que aconteceu de errado, quem é o culpado pela situação que estão vivenciando, iniciando assim um momento de crise para a família. A expectativa vai sendo amenizada à medida que a família é informada sobre a situação, o prognóstico e o tratamento. Desta forma, é aconselhável que, antes da visualização do bebê, os pais sejam orientados sobre o que vão encontrar com alguém da equipe acompanhando esse primeiro contato.<sup>25</sup>

As pesquisas sobre os cuidados com o bebê e sua família, demonstrando a influência positiva dos pais dentro do ambiente da UTI, permitiu a transformação de UTI neonatais em ambientes mais humanos.<sup>22</sup>

Klaus e Kennel<sup>19</sup> recomendam que as mães falem e toquem nos seus filhos, pois quanto mais cuidados a mãe possa realizar, melhor a influência no relacionamento e desenvolvimento do bebê prematuro.

Quando o nascimento se dá de maneira natural, os pais, mesmo sem experiência no cuidado de bebês, iniciam uma jornada de aprendizado e reconhecimento de seu filho. No nascimento prematuro, essa oportunidade de aprendizado é tirada deles, e a equipe da UTI assume o papel de pais. A separação do bebê e sua mãe apenas aumenta a sensação de fracasso, pois esta acha que se não foi capaz de manter a gestação até o final, também não consegue cuidar de seu próprio filho.<sup>19</sup>

Uma UTI neonatal não se faz apenas de equipamentos avançados e ambiente favorável, se faz de profissionais capacitados que valorizem a presença da família. Não apenas a mãe, mas o pai também tem papel fundamental.<sup>26</sup>

Lamego<sup>27</sup>, em seu trabalho de observação dos cuidados aos prematuros numa UTI neonatal, mostra que em algumas situações existia a valorização da presença dos pais e eram encorajados a tocar e falar com seus filhos; porém, em situação de agravamento, atendimento da equipe ou mesmo problemas na comunicação entre a equipe e a família, os pais eram desencorajados a tocar em seus bebês.

Pensando em uma atenção mais humanizada da assistência ao RN prematuro ou de baixo peso ao nascer melhorando assim os laços afetivos entre pais e filhos, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 693/GM de 5 de julho de 2000 aprovou a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, por considerar que este melhora sensivelmente as chances de sobrevivência do RN. O Método Canguru é considerado um modelo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe, o pai ou mesmo outro membro da família, no qual o RN de baixo peso é colocado em decúbito prono, na posição vertical e contra o peito do adulto, ligeiramente vestido tendo vantagens como o aumento do vínculo mãe-filho; a diminuição do tempo de separação entre eles; estímulo ao aleitamento materno e sensorial, aumento da confiança e da segurança dos pais no cuidado do bebê; manutenção da temperatura corporal e conseqüentemente menor tempo de internação. A presença constante dos pais, como é a proposta do Método Canguru, e sua participação nos cuidados com seu filho ainda na UTI estimulam uma aproximação maior entre equipe e família. Por um lado, isso oferecerá muitas vantagens nos cuidados com os bebês e na interação entre pais e filhos. Por outro, gera conflitos pelas exigências surgidas a partir de sua permanência no hospital. Ao se familiarizarem com o ambiente, deixam de serem visitas e buscam sempre mais informações. Além disso, exercem certa vigilância sobre o trabalho da equipe, por esse motivo é importante que a equipe entenda a importância dos pais na UTI.<sup>28</sup>

#### **1.4 Importância da sensibilização da equipe de enfermagem para inserir os pais nos cuidados com o filho prematuro**

Os profissionais que atuam na UTI Neonatal têm papel fundamental na formação de vínculo entre pais e filhos, mas ainda observamos profissionais se



sentindo inseguros com a presença dos pais na UTI neonatal, por acharem que os pais estão observando atentamente todos os procedimentos que realizam.

A necessidade de treinamento e sensibilização da equipe é essencial, mas a abordagem não deve ser teórica ou à base de memorização, pois, para haver aprendizagem significativa são necessárias duas condições, em primeiro lugar, o profissional precisa ter uma disposição para aprender, se o indivíduo quiser memorizar o conteúdo arbitrariamente e literalmente, então a aprendizagem será mecânica. Em segundo, o conteúdo a ser aprendido tem que ser potencialmente significativo, ou seja, ele tem que ser lógico e psicologicamente significativo, o significado lógico depende somente da natureza do conteúdo, e o significado psicológico é uma experiência que cada indivíduo tem. Cada profissional faz uma filtragem dos conteúdos que têm significado ou não para si próprio.<sup>29</sup>

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua produção ou a sua construção.”

Paulo Freire<sup>30</sup>

### **1.5 O medo das sequelas**

Uma das maiores preocupações maternas e paternas é o medo de sequelas, sobretudo as sequelas neurológicas, as crianças de baixo peso ao nascimento apresentam maior risco para desenvolver problemas graves como: paralisia cerebral, cegueira, surdez e deficiência mental. Além disso, apresentam maior probabilidade de apresentar desempenho escolar comprometido e ter problemas com doenças crônicas. A vulnerabilidade psicológica das mães frente ao impacto da prematuridade é inegável, porém constitui-se em momento ideal para suporte psicossocial para o enfrentamento deste período de internação do bebê na UTI Neonatal. As mães dos prematuros experimentam sentimentos voltados para aspectos negativos, medos e incertezas. A presença da mãe no ambiente da UTI favorece o conhecimento e acompanhamento do desenvolvimento do bebê, mesmo após a sua alta facilitando o reconhecimento de sinais que possam indicar algum dano neurológico, porém com a necessidade de apoio psicológico à mãe, permitindo a reflexão de sentimentos.<sup>22, 23</sup>

Ao mesmo tempo que a equipe tenta promover o vínculo dos pais e facilitar o processo de envolvimento nos cuidados com o seus bebês, isto torna-se, muitas vezes, um fator complicador, pois segundo Schermann e Brum<sup>22</sup>, os pais, diante do nascimento prematuro de seus filhos, veem-se roubados da euforia em que se encontravam e mergulham em um ambiente de preocupação e agitação. Diante desta situação, sentem-se desorganizados, desnorteados, ansiosos e terrivelmente cansados.

O papel da enfermagem deve ser acima de tudo encorajador, e assim evitar que o medo domine os pais e dificulte o processo de formação do vínculo, uma das formas de aproximação é explicando os procedimentos que realiza, e realizando os cuidados de forma personalizada. Um exemplo que Klaus e Kennell<sup>33</sup> relatam para encorajar o cuidado pela mãe seria colocar bilhetes nos berços: “mamãe, venha me dar o leite às 12h, eu vou gostar muito de vê-la.”

## **1.6 Programando a chegada em casa**

É comum encontrar dificuldades no preparo da família para a alta do prematuro e, de certo modo, uma postura de desinteresse e acomodação dos profissionais. As equipes de enfermagem e multiprofissional se sentem ameaçadas com a presença da família na UTI Neonatal e, com isso ocorre falha na inserção dos pais no cuidado de seu filho prematuro.<sup>6</sup>

Ramos e Cuman<sup>2</sup> e Couto e Praça<sup>25</sup> concordam que com a alta tecnologia e com bebês cada vez menores temos internações muito prolongadas, o que favorece uma maior dificuldade na programação de alta hospitalar devido à dependência dos pais na equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, tanto na realização de cuidados simples quanto na de complexos.

Quando se interna um bebê na UTI Neonatal, internamos na verdade três pacientes: a mãe, o pai e o bebê. Quando a alta é realizada, a equipe deve conhecer tanto a situação do bebê, quanto a da sua casa.<sup>19</sup>

O preparo da família para a alta do prematuro das Unidades Neonatais pode ser elencado como um desafio para a equipe de enfermagem, e o preparo para a alta durante toda a internação tem como objetivo reduzir as expectativas que possam atrapalhar a adaptação dos pais e seu bebê prematuro e, sendo assim, a

alta não deve ser considerada como um processo isolado de levar o bebê para casa, mas sim, um processo contínuo a ser iniciado na entrada do bebê na unidade, com uma avaliação permanente e contínua dos pais e do bebê.<sup>21</sup>

Sadeck et al.<sup>34</sup> relataram em seu estudo que as orientações após a alta através de grupos de pais ajudaram na melhora da evolução dos recém-nascidos de alto risco.

Durante a internação de um RNPT, a equipe fica extremamente focada nos cuidados ao bebê, o que inicialmente parece o mais sensato, porém, quando a alta se aproxima, a equipe inicia o processo de alta e, como o tempo é curto, os pais acabam indo para casa sem a habilidade necessária para os cuidados com seu filho prematuro. A necessidade de criação de um programa para resolver este problema é a justificativa para o presente estudo, considerando-se que a aplicação de intervenções de enfermagem, permitindo a inclusão precoce dos pais no cuidado de seu filho prematuro, oportuniza uma melhor preparação para a alta hospitalar e, conseqüentemente, uma melhor adaptação ao lar, evitando futuras internações desnecessárias as quais possam comprometer o desenvolvimento do bebê.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Realizar assistência de enfermagem com foco na preparação dos pais para a alta hospitalar de seus filhos prematuros, utilizando uma cartilha de orientações de alta, como material de apoio.

### **2.2 Objetivos específicos**

Conhecer os problemas enfrentados pelos pais de RN prematuros, após a alta da UTI Neonatal, antes da capacitação da equipe de enfermagem para inserir os pais nos cuidados de seus filhos prematuros.

Capacitar a equipe de enfermagem para inserir os pais nos cuidados com seu filho prematuro de forma precoce, promovendo e facilitando o vínculo e a adaptação em casa, após a alta da UTI Neonatal.

Conhecer, após a capacitação da equipe de enfermagem, a adaptação dos pais em casa, após a alta da UTI neonatal.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Da escolha do método

Ao se definir como objetivo para este estudo a realização de assistência de enfermagem com foco na preparação dos pais para a alta hospitalar de seus filhos prematuros, precisaríamos conhecer as dificuldades encontradas pelos pais de prematuros, ao chegar em casa após um longo período na UTI neonatal, e para isso, optou-se pela pesquisa qualitativa, enfocando e incorporando a exploração dos significados e interpretando a partir de um contexto natural e próprio, buscando detectar os significados que as pessoas dão aos fenômenos.<sup>35</sup>

Após a coleta dos dados, os discursos foram analisados segundo o modelo de Laurence Bardin através de análise de conteúdo, categorizando em elementos de forma semântica, ou seja, dividindo as falas em categorias comuns.<sup>36</sup>

Na análise de conteúdo é importante realizar uma primeira leitura dos textos produzidos pelos informantes, chamada de leitura flutuante. A partir dessa primeira leitura, podem-se transformar suas intuições em hipóteses a serem validadas ou não pelas etapas consecutivas. Das hipóteses formuladas é possível extrair critérios de classificação dos resultados obtidos em categorias de significação.<sup>37</sup>

A análise de conteúdo é a construção de um outro olhar sobre as práticas languageiras e o redimensionamento do objeto em questão, trabalhando com unidades linguísticas superiores à frase (enunciados) em que constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.<sup>36,37</sup>

**Local do estudo:** UTI Neonatal de um Hospital privado de Sorocaba.

O Hospital escolhido possuía seis leitos de UTI Neonatal e Pediátrica, ou seja, era uma UTI Mista sendo internados tanto bebês prematuros quanto crianças necessitando de tratamento intensivo, no ano de 2014 ocorreu a ampliação desta

unidade, totalizando dezesseis leitos, e com isso a separação da Unidade neonatal e pediátrica, facilitando o atendimento mais focado da equipe multidisciplinar.

**População:** Mães e/ou pais de bebês prematuros internados em UTI neonatal que tenham permanecido no mínimo 30 dias na UTI.

**Primeiro Grupo de Entrevistas:** Mães e/ou pais de recém-nascidos prematuros, que tiveram alta da UTI neonatal antes da capacitação da equipe de enfermagem para inserir os pais nos cuidados, ou seja, antes de julho de 2014.

**Segundo Grupo de Entrevistas:** Mães e/ou pais de recém-nascidos prematuros que tiveram seus filhos internados por no mínimo 30 dias, e que tiveram alta da UTI neonatal após a capacitação da equipe, ou seja, entre os meses março e abril de 2015.

**Crítérios de inclusão:** Pais de bebês prematuros que permaneceram internados no mínimo 30 dias em UTI Neonatal.

**Crítérios de exclusão:** Pais de RN que permaneceram por menos de 30 dias na UTI neonatal; pais de RN que tiveram alta com tratamento específico em casa, como exemplo Home-Care; pais cujos filhos faleceram.

### 3.2 Das etapas

O estudo ocorreu em quatro etapas:

1- Primeiro grupo de entrevistas: Foram realizadas entrevistas com um grupo de três pais de bebês que permaneceram na UTI neonatal de um Hospital privado de Sorocaba, antes da capacitação da equipe de enfermagem, de acordo com o critério de inclusão descrito. O convite se deu por contato telefônico e conforme sua concordância foi agendado um encontro em que, após explicação do projeto, entregou-se o Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE1). A entrevista foi realizada num modelo semiestruturado (Apêndice C) a qual foi gravada para análise do discurso segundo o modelo de Laurence Bardin.<sup>36</sup>

2- Capacitação da equipe de enfermagem da UTI Neonatal, para promover uma mudança na abordagem aos pais, inserindo-os de forma precoce nos cuidados com o filho. O treinamento foi realizado em sala de aula, com duração de 2 horas com auxílio de data show e dinâmicas que favoreçam a empatia, sensibilização e treinamentos contínuos na própria unidade neonatal.

3- Utilização de uma cartilha de orientações de alta, recém-elaborada pela equipe multiprofissional atuante na Unidade Neonatal de Hospital privado de Sorocaba, a ser entregue para os pais quando o médico programasse a alta, a qual contém informações em forma de perguntas frequentes, referentes aos cuidados no momento do banho, cuidados respiratórios, cuidados para administrar medicamentos prescritos pelo médico, cuidados ao receber visitas, cuidados com a amamentação, cuidados com a parte psicológica, entre outras questões.

4- Entrevista aplicada aos pais, após a alta hospitalar, com o objetivo de identificar se a assistência de enfermagem promovendo a inserção dos pais nos cuidados com o filho prematuro foi efetiva. Os pais foram abordados no momento da alta, apresentado o projeto e após a aceitação foi entregue o Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE 2). Posteriormente, feito um contato telefônico, e agendado o encontro para realizar a entrevista que foi gravada, para posterior análise do discurso, segundo o modelo de Laurence Bardin.<sup>36</sup>

### **3.3 Da capacitação da equipe de enfermagem**

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e suas circunstâncias.”

*Paulo Freire*<sup>38</sup>

Para a capacitação da equipe de enfermagem buscou-se realizar um treinamento com foco na sensibilização, permitindo que a equipe repensasse no trabalho diário e avaliasse as possibilidades de mudança.

A educação permanente dos profissionais deve constituir parte do pensar com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional destes e contribuir para a melhoria contínua do processo de trabalho, através de etapas que possam

problematizar a realidade e produzir mudanças, estimulando o desenvolvimento da consciência nos profissionais, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação. A educação é sem dúvida alguma a melhor ferramenta para melhoria da qualidade da assistência prestada.<sup>39</sup>

### 3.3.1. Divisão das equipes para realização da capacitação

A equipe de enfermagem se divide em plantões de seis horas no período da manhã, tarde e plantões de 12 horas noturnos pares e ímpares. Para que a capacitação fosse realizada nos plantões de seis horas diurnos, cada profissional permaneceu duas horas após o seu turno de trabalho, para posterior desconto de horas. Nos plantões noturnos foram realizadas divisões entre as equipes e os profissionais participaram no próprio horário de trabalho, assim não descumpriram normas trabalhistas.

Foram realizadas seis turmas de treinamento com duração de duas horas. A abordagem foi com o intuito de sensibilizar e não apenas passar o conteúdo. O treinamento foi dividido em três momentos: Teoria, sensibilização e discussão.

**Teoria:** Realizada uma abordagem sobre a prematuridade, o desenvolvimento do bebê intraútero, as capacidades do prematuro, sinais fisiológicos do bebê que demonstram estresse, a importância dos pais no tratamento do bebê prematuro e suas necessidades emocionais e físicas.

**Sensibilização:** Os profissionais foram vendados, e ao som de uma música ambiente foi permitido a todos um momento para relaxarem, após a percepção que todos estavam calmos, vários movimentos individuais foram realizados, semelhantes ao que são feitos no dia a dia da UTI Neonatal. Exemplos:

1. Retirar a fita adesiva próximo ao ouvido (semelhante ao que fazemos para fixar a touca no bebê);
2. Pegar o braço bruscamente (semelhante ao movimento para puncionar uma veia),
3. Puxar a cadeira (semelhante ao movimento de esbarrar na incubadora),
4. Mudar a posição do profissional na cadeira (semelhante a mudança de decúbito);



5. Manter uma caneta entre os dedos (semelhante ao cabo de oxímetro enroscado entre os dedos do bebê).
6. Também foi realizado um movimento humanizado, no qual um profissional foi abraçado e com movimentos calmos foi manipulado para a mudança de posição.
7. Para finalizar foi realizado um barulho de bater de porta (semelhante a um barulho qualquer no dia a dia da UTI e que causa estresse no bebê prematuro).

Ao retirar as vendas os profissionais tiveram a oportunidade de relatar a experiência, e os relatos foram unânimes quanto ao desespero e o medo do que poderia acontecer após a manipulação, *será que ela vai voltar? O que será que ela vai fazer agora?* O descanso relaxante da música ambiente foi interrompido, e não foi possível mais relaxar em nenhum outro momento, os profissionais também relataram taquicardia e muita ansiedade.

**Discussão:** Após entenderem os sentimentos dos bebês, a importância dos pais na participação dos cuidados e associar a prática com a teoria, os profissionais foram divididos em grupos em que listaram o que antes faziam e não concordam mais e as mudanças nas atitudes que serão necessárias para a melhoria no atendimento ao recém-nascido prematuro e seus pais.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Primeiro Grupo

Para realizar a primeira parte da pesquisa, buscaram-se mães e/ou pais que tiveram seus filhos internados na UTI Neonatal durante o mínimo de 30 dias, antes do período de capacitação da equipe, para inseri-los nos cuidados com seus filhos.

Após a alta, muitos retornam à UTI, com seus filhos, para agradecer à equipe e entregar cartas com depoimentos e fotos, a serem expostas no mural e oferecerem alento para outras famílias. Escolheram-se, de forma aleatória, três dessas famílias, que retornaram para visitar a equipe. As três famílias contatadas foram muito receptivas; agendou-se dia e horário mais oportuno e nos dirigimos até a casa das famílias para concluir as entrevistas.

Perfil das mães: mãe Violeta (nome fictício) primigesta de 28 anos, casada, com ensino médio completo e teve seu bebê através de parto cesariana. Margarida (nome fictício) primigesta de 31 anos, casada, com ensino médio completo e teve seu bebê através de parto normal. Rosa (nome fictício) primigesta de 36 anos, casada, com nível superior completo e teve seu bebê através de parto normal.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, ou seja, entrevistas aplicadas a partir de um número reduzido de questões abertas descritivas, sempre com a preocupação em não interromper o raciocínio da mãe e ou pai.

A seguir, elenco as seis questões norteadoras elaboradas para atingir os objetivos:

1. Como foram os primeiros cinco dias de internação de seu filho (a) na UTI Neonatal?
2. Nesse período inicial você teve alguma orientação para os cuidados com seu filho (a)?
3. E como isso se deu durante o período de internação?
4. O que vocês sentiram quando os médicos realizaram a programação de alta?
5. Quais as dificuldades, em relação aos cuidados com seu filho prematuro, vocês tiveram ao chegar em casa?
6. Você acha que uma cartilha de orientações, sobre os cuidados com o bebê em casa, poderia ajudar?

#### 4.1.1 Entrevistas com as mães e/ou pais do primeiro grupo, ou seja, antes da capacitação da equipe

Violeta (nome fictício) estava nos aguardando na rua da casa, já bastante ansiosa para mostrar como o filho havia crescido e estava se desenvolvendo, após passar 103 dias na UTI. Conversamos informalmente sobre as dificuldades enfrentadas e a alegria em ter o filho forte e saudável. Iniciamos então a entrevista, que foi gravada. Antes, a mãe preparou uma saborosa mamadeira para que o filho permanecesse comportado durante a entrevista, que aceita imediatamente sem reclamações. Após o término das perguntas norteadoras, finalizamos a gravação e agradecemos pela ajuda. Antes de partirmos, a mãe nos mostrou as fotos da família e o acontecimento tão esperado, o “Batizado”. Fotos lindas e emocionantes.

Margarida (nome fictício) nos esperava enquanto o filho dormia. Conversamos bastante sobre as alegrias e dificuldades em criar filhos, e a todo tempo reconhecíamos o alívio e a alegria de tudo ter dado tão certo. Iniciamos a entrevista com seu filho ainda dormindo, e, ao encerrar, tivemos a alegria de ver o pequeno prematuro, agora grande, forte e esperto, caminhando meio sonolento para a mãe; porém, a sonolência rapidamente deu espaço ao surgimento de um agradável “guia turístico” que nos mostrou quais eram os brinquedos mais legais do momento.

Rosa (nome fictício) nos recebeu juntamente ao pai que se mostrou muito orgulhoso de sua menina tão esperta e falante. Iniciamos a entrevista e, desta vez, o pai também participou com alguns comentários interessantes. No decorrer da conversa, fomos interrompidos por alguns instantes, pois a filha de Rosa pede para passar batom na sua mãe dizendo que “era para ficar bonita”, emocionante ver o carinho entre mãe e filha.

Após as entrevistas gravadas e transcritas na íntegra, estas foram submetidas à análise de conteúdo, através de leitura exaustiva, associada à audição dos áudios, buscando identificar os temas recorrentes e as contradições que emergiam espontaneamente, tratando-se de uma fala espontânea, expressões, fins de frases aparentemente supérfluos, não levados em conta pela determinação semântica da procura de temas, mas muitas vezes, de fato, portadores de sentido.<sup>36</sup>

Após essa análise, foram criadas nove categorias:

**Quadro 1** - Categorias dos discursos das mães e/ou pais de bebês que tiveram alta da UTI neonatal antes da capacitação da equipe de enfermagem para inserir os pais nos cuidados com o seu filho

Processo durante a internação	Reconhecendo o filho na UTI Neonatal
	Ambiguidade de sentimentos
	Em busca de respostas
	A rotina da UTI Neonatal
	Frustração
	Inserção nos cuidados
	Preparação para a alta
Processo domiciliar	Chegada em casa
	Necessidade de suporte informativo

Fonte: Quadro elaborado pela autora

#### 4.1.2 Reconhecendo o filho na UTI Neonatal

Quando os pais engravidam, imaginam o processo natural da gravidez, nove meses depois o parto e a vida nova que irá iniciar com o novo membro da família. Para o casal que está gerando um filho, o simples pensamento que algo pode sair errado e o bebê nascer antes da hora é algo muito assustador, mas, quando ocorre, os pais apresentam dificuldade em reconhecer esse bebê como o filho imaginado e, nesse momento, a equipe multidisciplinar exerce um papel fundamental para auxiliar esses pais na interação com seu filho (a) prematuro.

*“Quando eu cheguei lá, eu realmente tomei um choque, ver ele de fraldinha, sujinho ainda, com a mãozinha roxa cheia de picada, porque é muito sensível, aquilo me deu um choque tremendo, que eu quase desmaiei lá dentro. No dia seguinte logo de manhã eu já acordei e fui direto lá pra vê-lo, e aí sim, foi a primeira vez que eu toquei nele, né? Mas é uma sensação muito estranha, porque né? Você olha e você fala assim, nossa! É o meu filho mesmo?” (Margarida)*

A primeira visita dos pais ao filho prematuro sempre é muito esperada, eles não sabem o que vão ver ao chegar à UTI, muitos pais se assustam e se culpam ao ver o filho com vários dispositivos hospitalares para auxiliá-lo na sobrevivência.

*“ Ah! Foi um susto né? Ele era muito pequeno demais, ver aquele monte de aparelhos ligados nele, aquele monte de fios. ” (Violeta)*

*“Eu tive um sonho antes que eu imaginava ela saindo de uma caixa de boneca mesmo e assim, cabelo lisinho assim sabe, de franjinha, boneca mesmo! Na hora que eu vi, ela tinha muito pelo nas costas, risos! Um olho, quando abriu o olho um olho gigante, bochechuda assim, uma cabeça maior que o resto do corpinho assim...” (Rosa)*

A mãe deve ser estimulada a ter esse primeiro contato com o bebê o mais cedo possível, pois o recém-nascido olha os rostos que se debruçam sobre seu berço, já reconhece o cheiro da mãe, identifica sua voz, reage a carinhos e a presença das pessoas a sua volta.<sup>40</sup>

A separação da mãe e seu filho após o nascimento causam sensações semelhantes a uma amputação. Esse processo pode causar um luto, quando a mãe tem dificuldade em considerar o futuro com seu filho. Tal fato começa a melhorar a partir do momento em que a mãe tem o primeiro encontro com o bebê e começa a manipulá-lo, iniciando uma série de sentimentos maternos.<sup>19</sup>

#### 4.1.3 Ambiguidade de sentimentos

Ninguém está preparado para ter um filho prematuro, e, quando isso acontece, causa uma desordem emocional importante na vida dessa família, o medo e a dúvida sobre o prognóstico do filho pode causar dificuldade na aproximação dos pais com seu filho.<sup>41</sup>

*“ É insegurança, né? Que bateu em primeiro lugar! O medo de perder ele, como eu já tinha perdido outro, né? O medo de eu perdeu ele, e aquela dúvida, né? ”*

*De como ia ser, do que estava acontecendo, né? Quais eram as chances de ele sobreviver, o que estava acontecendo com ele, se ele tinha alguma coisa” (Violeta)*

No nascimento de um bebê espera-se a alegria, o amor nascendo, emoção e choro de felicidade de todos os familiares; porém, todos esses sentimentos esperados são substituídos por medo, frustração, tristeza e mais medo.

*“ Eu não sabia se ele ia sobreviver, e aquilo tudo, sabe? Você começa a ter vários conflitos internos e com si mesma, do tipo, por que comigo? É o meu filho mesmo? É! Você espera que aquele amor incondicional já saía de você naquele primeiro momento e parece que as coisas não caíam pra mim, sabe? Então foi um turbilhão de, de sentimentos negativos naquele momento, né? ” (Margarida)*

É preciso que a equipe reconheça que a primeira visita dos pais ao seu filho, na UTI neonatal é um momento crítico e é preciso intervenção da equipe para fortalecer o vínculo que foi prejudicado pela internação e conseqüentemente pela separação de pais e filhos.<sup>42</sup>

*“No segundo dia começou a ficar pior, porque aí o obstetra foi no quarto reforçou que as chances, que o quadro era muito grave que era muito extrema, que tinha que rezar muito! Que não era só as primeiras vinte e quatro horas que eram preocupantes que era todo um processo! Que ela não sairia.... Aí eu li uns livrinhos que ela não ia sair antes do que seria o período da minha gestação, então eu já pensei são dois meses aqui, que era o que faltava, no mínimo o que faltava pra ela nascer! Então...” (Rosa)*

Assim como Margarida muitas mães demoram a acreditar que estão vivendo esse momento, e procuram desesperadamente o amor incondicional, e todas as culpas, medos e dúvidas começam a surgir ocupando ate mesmo o espaço do amor.

#### 4.1.4 Em busca de respostas

A presença do diálogo entre a equipe da UTI Neonatal e os pais favorece a confiança entre eles, o que facilita a adaptação dos pais e a participação destes nos cuidados; O uso de atividades educativas que incluam informações sobre procedimentos e cuidados realizados com o bebê, também facilita a confiança e fortalece o vínculo com a equipe.<sup>13</sup>

Não se faz uma UTI Neonatal apenas de tecnologias e técnicas avançadas, é necessária uma atuação da equipe multiprofissional, de forma a valorizar o cuidado individualizado, valorizando a família.<sup>26</sup>

*“Daí começaram a me explicar tudo o que estava acontecendo! O que ele poderia ter. Me falaram tudo de ruim, né? Que ele poderia ter depois que ele saísse do hospital, né? Ou ali mesmo, todos os perigos, né?! Que ele estava correndo!” (Violeta).*

As informações sobre o prognóstico do bebê devem ser fornecidas aos pais, porém de acordo com os acontecimentos que irão surgindo durante a internação. Os pais não precisam saber em um único dia todas as gravidades e sequelas que podem vir a acontecer com seu filho.

*“Uma das coisas que também deixava a gente bem assim, bem chateada, é que como cada hora passa um médico, ninguém te dá esperança de nada, né? Então é você pergunta tá bom, mais e aí? Ele vai melhorar, é normal? Isso daí tem cura? E a única coisa que você ouve é o quadro dele é estável a gente não sabe, né? Ah, o quadro agora se tornou instável...” (Margarida)*

Os pais devem compreender a situação e tratamento do filho internado, Eles carecem de informações precisas e consistentes a respeito do diagnóstico, tratamento e cuidados, a ausência dessas informações no momento adequado causa preocupação e limita a participação dos pais nos cuidados.<sup>43</sup>

#### 4.1.5 A Rotina da UTI Neonatal

A equipe da UTI Neonatal deve incentivar e favorecer situações que permitam aos pais participarem dos cuidados ao seu filho, fortalecendo o vínculo entre eles e melhorando a autoconfiança materna na realização dos cuidados e, para isso, o incentivo para a presença deles no ambiente da UTI é inevitável.<sup>21</sup>

Além disso, é importante para as mães que a criança permaneça com o mesmo profissional da enfermagem em contato com o bebê, durante todo o período de permanência na unidade neonatal, isto permite que tal profissional veja as necessidades da família e preste o apoio necessário.<sup>44</sup>

*“ Fiquei com medo e também ninguém falou nada! Ninguém me falava nada e eu também não sabia nada! A UTI, né? Como que funcionava tudo.... Não sabia se eu podia chegar e abrir a portinha da incubadora e por a mão, né? Alguém podia me xingar sei lá, alguma coisa podia acontecer, né? (Risos!) ” (Violeta)*

O ambiente da UTI Neonatal interfere na qualidade de vida do bebê e sua família, isso se deve a exposições ambientais como luminosidade, ruído sonoro, estresse, manipulação excessiva entre outros.<sup>13</sup>

*“Eu não gostava de sair de lá, porque eu tinha medo que a hora que eu voltar e não deixarem eu entrar ou acontecer alguma coisa no período que eu sair, então eu me sentia culpada sabe, porque eu saí de lá, então pra mim aquele momento de estar do lado sentada ali sem poder fazer nada já era uma vitória. ” (Margarida)*

Os profissionais envolvidos no cuidado ao RN Prematuro têm a responsabilidade de promover rotinas que envolvam os pais, assim prestamos uma assistência de enfermagem mais humanizada, promovendo o desenvolvimento emocional adequado do bebê e de seus pais.<sup>3</sup>

*“ Então a gente chegava em casa e pensava: nossa, será que ela está com frio? Aí dá uma sensação de culpa, porque você está quentinho na cama e ela ficou lá e estava peladinha ” (Rosa)*

Os prematuros extremos não devem ter manipulações excessivas, pois estas podem causar estresse decorrente do frio, elevar a pressão arterial e aumentar o



fluxo sanguíneo cerebral, com risco de hemorragia. Quando o RNPT é manuseado, ocorre alteração na Pressão Arterial, chegando até 160 mmHg, caindo subitamente para 65 mmHg após o manuseio. Paralelamente, verifica-se queda de saturação do oxigênio. Considerando que o centro de regulação da temperatura do RNPT é imaturo, e seu índice de massa corpórea superficial, reduzido, o recém-nascido é incapaz de tremer, suar e manter reservas metabólicas adequadas.<sup>45</sup>

Quando a família participa ativamente dos cuidados com o filho, facilita o entendimento das rotinas diárias e o funcionamento dos equipamentos, por exemplo, da incubadora que favorece um aquecimento monitorado e adequado ao recém-nascido prematuro.

#### 4.1.6 Frustração

Os pais precisam estar envolvidos ativamente no cuidado de seus filhos, assim eles apresentam maior confiança e menos ansiedade ao assumir as responsabilidades antes, consideradas, dos profissionais da unidade neonatal. Outra vantagem é o fortalecimento do vínculo afetivo, o que pode até diminuir o tempo da internação.<sup>13</sup>

*“Então se eu tivesse a oportunidade de tocá-lo só de tocar nele de ter aquele contato sabe? No colo, aquilo já amenizaria a minha angústia! Naquela época, porque como eu falei, a maior angústia é você olhar o seu filho na incubadora e você não poder tocar não poder pegar ele no colo!” (Margarida)*

*“Eu gostaria de ter feito alguma coisa, segurar a sonda, né? Pra colocar a seringa com o leite! Limpar o umbiguinho mesmo! Eu até nem cheguei a ver direito. O pipi eu nem vi.... Eu nem sabia como que tava! Daí só depois que eu fui um dia lá, estava meio aberta a fralda eu consegui ver! Mais só isso!” (Violeta)*

Margarida e Violeta referem angústia em não poder realizar cuidados simples, ou até mesmo de poder conhecer seu filho por inteiro, cada manchinha ou pintinha, e assim trazer lembranças e sentimentos maternos.

*“ Foi uma coisa que eu senti, no caso, eu se eu for ter outro filho, por exemplo, eu quero cuidar do umbigo. Igual o meu sobrinho nasceu a minha cunhada cuidou do umbigo eu não tenho nem noção do que fazer com o umbigo! Porque o umbigo cai! Um dia eu cheguei lá e a enfermeira falou assim olha esse aqui é o umbigo da sua filha. Daí eu falei assim, nossa! Mas já caiu? Ela falou, mas já tem dez dias, você viu ó tá bonitinho. E eu nem fazia ideia porque a fralda cobria o tempo todo né? ” (Rosa)*

A equipe multiprofissional deve conhecer as fontes de estresse da família, favorecendo a compreensão e o atendimento adequado. A aproximação dos pais e seu filho e a existência de informações adequadas e suficientemente compreensíveis favorecem a diminuição do estresse e o conforto necessário para suportar o longo período de internação na UTI neonatal.<sup>46</sup>

#### 4.1.7 Inserção nos cuidados

Com a inserção da família dentro do ambiente da UTI Neonatal permitimos que os pais reconheçam os sinais que seus filhos estão demonstrando e que aprendam desde o primeiro dia de internação a entendê-lo, mas, para isso, precisamos de uma intervenção precoce da equipe multidisciplinar.<sup>44</sup>

*“Tinha dia que eu ficava lá, que nem nos últimos dias que ele estava, que já tinha saído da incubadora tudo... eu não trocava todas as fraldas, elas mesmo que trocavam ..., o banho foi no penúltimo dia de UTI, que eu dei nele... (Violeta).*

Segundo Gaiva e Scochi<sup>47</sup> em seu trabalho de observação das famílias na participação nos cuidados, o banho é geralmente a primeira atividade do dia a ser realizada pela equipe de enfermagem, ocorrendo logo após a passagem do plantão. Na maioria das vezes, a mãe não realiza o procedimento porque quando ela chega na unidade, ele já foi feito.

O banho é o cuidado que mais aflige os pais, por esse motivo é importante que a equipe aguarde as mães e/ou combinem horários específicos, para que elas participem deste momento de higiene corporal, de forma inocente no início da

internação e após a retirada dos dispositivos hospitalares exemplo, cânula traqueal e cateteres, realizem de forma integral. Outro motivo para que elas participem deste momento é a oportunidade de olhar seu filho, temos exemplos de relatos em que as mães relatam não ter tido a oportunidade de ver a parte genital de seu filho.

*“Com quinze dias depois! Então assim, na verdade eu não pude fazer assim nada antes dos quinze dias, até porque como eu já percebia que era uma (pausa) ... um lugar delicado, não podia circular muitas pessoas, né? Pela contaminação e tal eu tinha medo de ficar pedindo as coisas e colocarem eu pra fora! Risos.... Então eu preferia só olhar e eu falei a hora que elas me autorizarem eu vou fazer! ”*  
(Margarida)

*“Lógico que dava trabalho. No começo eu entendo que não pode ficar manipulado muito, mas, um dia deixavam no outro dia não podia! E era o mesmo quadro que ela estava.... Então o que a gente sentia que dava muito trabalho não dava? Tirar todos aqueles tubos tinha umas que não queriam ter o trabalho. E o dia que estava essa enfermeira que foi a, essa auxiliar, né? Que foi a mais bacana com a gente em todos os sentidos, até com ele, não tinha tempo ruim, a gente pedia ela tirava”* (Rosa)

A inserção da família no ambiente hospitalar traz novas demandas e a abordagem do cuidado antes centrada na doença, passou a ser na criança e em sua família. Essa mudança contribui para que as enfermeiras percebam que os pais têm suas próprias necessidades; que devem ser informados sobre seu filho, preparados para participar de seu cuidado durante a hospitalização e após a alta, além de serem atendidos em suas necessidades físicas e emocionais.<sup>43</sup>

#### 4.1.8 Preparação para a alta

Broedsgard e Wagner<sup>44</sup>, no trabalho de facilitação na transição dos prematuros para casa, mostram que os pais de bebês prematuros beneficiaram-se ao serem ensinados a observar e compreender expressões e movimentos da criança, bem como quaisquer sinais de estresse. Isto acontece com a inserção

precoce dos pais e o convívio diário com os filhos na rotina da UTI Neonatal, o que permite ter uma redução do tempo de internação, e segurança na chegada em casa.

*“ É ele ficou noventa e quatro dias entubado! Então é aquela sensação, né? Que alguma coisa podia acontecer, né? Porque era bom demais, né? Era muito felicidade demais, né? Depois do primeiro, mais vem aquela alegria, aí depois aquela insegurança o medo! E agora? Como vai ser em casa, né? ” (Violeta)*

A alta hospitalar representa o rompimento com o mundo da internação na UTI Neonatal e gera situações próprias do contexto domiciliar. O processo de adaptação à nova tarefa é permeado, inicialmente, por momentos de insegurança que evoluem para comportamentos os quais refletem nos pais com o seu bebê uma relação sólida cuja construção se deu durante a internação..<sup>25</sup>

*“Fiquei quatro dias no quarto pra saber como dar os remédios dele, tudo por causa disso também, e por causa da amamentação, né? Pra ele mamar no peito e na mamadeira, né? Porque ele tava difícil, então lá na UTI, ele não chegou a mamar bem na mamadeira e nem no peito também, porque ele estava com a sonda. Ele não conseguia mamar até que foi para o quarto, ele arrancou a sonda de madrugada e eu dei o peito pra ele e na hora ele pegou! ” (Violeta)*

Winnicott<sup>48</sup> dizia que:

[...] ao mesmo tempo o cientista, se assim o deseja, pode olhar com admiração para o conhecimento intuitivo da mãe, que a torna capaz de cuidar de seu bebê independentemente de qualquer aprendizado. Na verdade, eu diria que a riqueza essencial deste conhecimento intuitivo é o fato de ele ser natural e não conspurcado pelo aprendizado.

*“Na realidade, é, a gente tinha muito medo, mais a gente sentia que a equipe de enfermagem não tinha mais tanto medo dessa situação. Eu vou ser muito sincera, eu tinha muito medo da alta da UTI, ao mesmo tempo que queria muito a alta eu tinha muito medo, porque eu pensava assim quando chegar em casa é, eu ela e ele, e se ela ficar roxinha? O que é que eu vou fazer? ” (Rosa)*

Observamos no relato da Rosa que a falta de conhecimento apreendido durante o processo de internação favorece o medo da alta, a insegurança era tamanha que ao invés de confiar no seu conhecimento em relação aos sinais de melhora que seu filho apresentava, a mãe se espelhava na equipe para saber se seu filho estava pronto para a alta.

#### 4.1.9 Chegada em casa

A transição do hospital para casa é extremamente difícil e desafiadora para os pais de bebês prematuros, pois deixam o ambiente seguro do hospital para assumir a responsabilidade frente aos cuidados com seu filho.<sup>6</sup>

*“Quando eu cheguei em casa assim, eu não conseguia dormir, porque lá, ele tava com aparelho o tempo todo monitorado... (Margarida)*

A alta hospitalar representa o rompimento com o mundo da internação hospitalar e gera situações próprias do contexto domiciliar, os pais, ao cuidar do filho em casa, fundamentam-se no acolhimento e no seguimento de orientações recebidos dos profissionais de saúde. O processo de adaptação à nova tarefa é permeado, inicialmente, por momentos de insegurança que evoluem para comportamentos que refletem solidez na relação dos pais com o seu bebê.<sup>25</sup>

*“ No primeiro dia que fui dar o gardenal ele não saía. Ele demora pra pingar, e já tinha passado a hora! Porque foi muito demorado pra tirar ele, né? Eu não conseguia tirar, pingar o remédio e estava passando a hora, eu meu Deus! E agora, né? Passou a hora.... Aí até que uma amiga minha, né? Ela já é mãe tudo, aí ela me explicou assim você baixa assim a bundinha do vidro que cai o remédio! ” (Violeta)*

*“Eu particularmente tinha medo de ela parar de respirar, né”? (Rosa)*

A orientação de alta deve ser um processo de construção das informações, a mãe deve, não apenas receber as orientações um dia antes ou no dia da alta, mas deve receber diariamente enquanto a equipe está ao seu lado para sanar as dúvidas. A observação diária do seu filho e todo o processo que pode levar a desconfiar que algo está errado não pode ser ensinada em um único dia, mas durante todo o processo de internação. Os pais diariamente vão descobrindo o seu filho e aprendendo a olhar cada detalhe de forma a criar a confiança na realização dos cuidados em casa; a equipe, para isso, deve respeitar a singularidade e a individualidade de cada família.<sup>21</sup>

#### 4.1.10 Necessidade de suporte informativo

A cartilha constitui instrumento adequado para auxiliar pais, família, estudantes e profissionais de saúde nas atividades de educação em saúde e permanente sobre os cuidados para a alta do prematuro. É preciso socializar o conhecimento produzido, pois as tecnologias da informação são necessárias e auxiliam na difusão deste conhecimento.<sup>49</sup>

*“É na UTI seria interessante, já ia estudando, já! (Risos!). Mesmo aquele livrinho que deram pra mim na UTI quando ele internou, né? Aquele que fala o que é a ventilação mecânica, né? Eu li tudo. Eu li e reli várias vezes pra eu entender bem mesmo!” (Violeta).*

As mães permanecem por um longo período ociosas na UTI Neonatal, enquanto o filho permanece na incubadora, os materiais educativos nestes momentos, contribuem para esclarecimentos de dúvidas ou até mesmo fortalecendo o cuidado ensinado na prática pela equipe de enfermagem.

*“ Então isso daí é legal, isso daí é importante! Porque como são muitas coisas, né? Às vezes, pode ser que você acabe não lembrando, né? ” (Margarida)*

*“ Mas assim, a gente perguntava muito... Mas se a gente não fizesse tanta pergunta não tivesse tanto interesse a gente tinha vindo pra casa mais inseguro. Então, a cartilha de modo geral, ajuda! ” (Rosa).*

Broedsgaard e Wagner<sup>44</sup> relatam que os pais necessitam que as informações sejam repetidas a eles várias vezes e precisavam de ajuda para manter esta informação; a existência de um material escrito atende a essa necessidade.

#### 4.1.11 Conclusões do primeiro grupo de entrevistados

As famílias aqui entrevistadas relataram, na sua maioria, uma dificuldade em conseguir participar dos cuidados com seus filhos, durante o período de internação na UTI Neonatal, demonstraram muito medo e insegurança e que, segundo as próprias mães, muitas angústias poderiam ter sido amenizadas apenas se lhes fosse permitida a participação em algum tipo de cuidado.

A equipe multiprofissional muitas vezes é centrada nos cuidados intensivos ao recém-nascido de risco, e consideram os pais apenas visitas a um paciente comum, dificultando a participação nos cuidados com o filho ou mesmo de carregá-lo de forma frequente se assim sua condição clínica permitir.

Frequentemente, as mães pensam que as enfermeiras podem oferecer um atendimento materno melhor para seus bebês do que elas próprias. Para elas, a unidade de prematuros é um substituto do útero, porém mais bem equipado para proteger a criança. Estes sentimentos de gratidão, entretanto, são acompanhados por um sentimento de inferioridade. Os sentimentos de inferioridade podem ainda serem aumentados se a equipe considera a unidade como uma área totalmente asséptica, onde as mães visitantes são um aborrecimento e uma fonte de infecção.

19

Observamos nos relatos que os pais, em especial as mães, tinham a permissão de permanecer ao lado de seus bebês, porém tinham medo de serem expulsas do ambiente da UTI Neonatal, sendo assim, evitam qualquer tipo de aborrecimento com a equipe, esperavam a permissão até mesmo para tocar em seus filhos.

Winnicott <sup>48</sup> afirma que

A mãe tem um tipo de identificação extremamente sofisticada com o bebê, na qual ela se sente muito identificada com ele, embora, naturalmente, permaneça adulta. O bebê, por outro lado, identifica-se com a mãe em momentos calmos de contato, que é menos uma realização do bebê que um resultado do relacionamento que a mãe possibilita. Do ponto de vista do bebê, nada existe além dele próprio, e, portanto, a mãe é, inicialmente, parte dele. Em outras palavras, há algo, aqui, que as pessoas chamam de identificação primária, isto é o começo de tudo, e confere significado a palavras muito simples, como ser.



A participação dos pais vai além de apenas um projeto de humanização, os bebês precisam dos pais para um crescimento emocional e físico; a mãe deve ser estimulada a falar e acariciar seus bebês, como o fariam normalmente, se o bebê não estivesse no hospital, ajudando assim, no desenvolvimento cognitivo, e para isso a equipe multiprofissional tem um papel fundamental.<sup>19,50</sup>

## 4.2 Segundo Grupo

Nesta etapa foram entrevistadas as mães e ou pais de bebês que tiveram a alta da UTI neonatal de um hospital privado de Sorocaba no período de março a abril de 2015, foram no total seis altas de bebês que estavam incluídos nos critérios de participação, sendo que 3 (três) bebês eram trigêmeos, sendo assim quatro pais participaram das entrevistas.

Perfil das mães: Orquídea (nome fictício) primigesta de 42 anos, casada, nível superior de escolaridade, teve seu bebe através de parto cesárea. Amarílis (nome fictício) primigesta de 38 anos, nível médio de escolaridade, teve seus bebes através de parto cesárea. Iris (nome fictício) primigesta de 38 anos, nível superior de escolaridade, teve seu bebe através de parto cesárea. Tulipa (nome fictício) primigesta de 35 anos solteira, com nível superior de escolaridade teve seu filho através de parto normal.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, ou seja, entrevistas aplicadas a partir de um número reduzido de questões abertas descritivas, sempre preocupada em não interromper o raciocínio da mãe e/ou pai.

A seguir, elenco as quatro questões norteadoras elaboradas para atingir os objetivos:

1. Como foram os primeiros dias de internação de seu filho (a) na UTI Neonatal?
2. Nesse período inicial você teve alguma orientação/participação sobre os cuidados com seu filho (a)?
3. Quais as dificuldades, em relação aos cuidados com seu filho prematuro, vocês tiveram ao chegar em casa?
4. Você precisou usar a cartilha após a alta hospitalar? Em que ela lhe ajudou?

4.2.1 Entrevistas com as mães e/ou pais que tiveram a alta da UTI Neonatal, após a Capacitação da equipe de Enfermagem, ou seja, durante a internação a equipe realizou um atendimento promovendo a participação dos Pais nos cuidados com o filho prematuro

As entrevistas se deram em sua maioria na casa dos pais, apenas uma mãe preferiu ir até o hospital para fazer a entrevista.

A primeira entrevista foi com a Orquídea (nome fictício) que estava bastante ansiosa, já que se preocupava também com relação à infecção, sua linda flor ainda estava em fase de adaptação em casa, e me preocupei em relatar por telefone que eu não estava com nenhum tipo de resfriado. Ao chegar a sua casa me deparei com um saboroso cheiro de pão de queijo e uma alegria em rever uma parte da história da vitória de sua filha, que se comportou muito bem dormindo até o final da entrevista.

A segunda entrevista foi com a Amarílis (nome fictício) a mãe premiada que ganhou três preciosidades. Os bebês estavam com os pais, e no momento da minha chegada começaram a chorar, pois era a hora de “encher a barriguinha”, neste momento chega ajuda familiar, a tia dos bebês, apesar dos choros a casa irradia felicidade e amor, não havia desespero apenas alegria.

A terceira entrevista foi com Iris (nome fictício), o pai realizou a recepção já na entrada e Iris estava com seu lindo guerreiro no colo e já de início se emocionou, recordando o tempo que estava na UTI.

A quarta e última entrevista foi com Tulipa (nome fictício), uma alegria sem fim em poder rever todos os amigos que deixara, já que preferiu ir ao hospital para poder rever a todos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogas.

Após as entrevistas gravadas e transcritas na íntegra, foram submetidas à análise de conteúdo, através de leitura exaustiva, associada à audição dos áudios, buscando identificar os temas recorrentes e as contradições que emergiam espontaneamente, tratando-se de uma fala espontânea, expressões, fins de frases aparentemente supérfluos, não levados em conta pela determinação semântica da procura de temas, mas muitas vezes, de fato, portadores de sentido.<sup>36</sup>

Após essa análise, foram criadas seis categorias:

**Quadro 2** - Categorias dos discursos de pais de bebês que tiveram a alta da UTI neonatal após a capacitação da equipe de enfermagem, ou seja, durante a internação a equipe realizou um atendimento promovendo a participação dos pais nos cuidados

Processo hospitalar	Sentimentos iniciais
	Importância da equipe na internação
	Medo da alta
Processo domiciliar	Chegada em casa
	Suporte informativo

Fonte: Elaborado pela própria autora

#### 4.2.2 Sentimentos Iniciais

Os sentimentos mais presentes durante o período de reconhecimento do filho na UTI Neonatal são a ansiedade e a culpa, a mãe teme que algo que fez tenha provocado a prematuridade, isso causa grande ansiedade, e a necessidade do bebê em receber cuidados especiais de outra pessoa causa muitas vezes “ciúmes”, já que se sente incapaz e impossibilitada de realizar os cuidados com o próprio filho, por isso a equipe de enfermagem deve aceitar a mãe como ela está, sem julgamentos ou críticas.<sup>19</sup>

*“Parecia algo familiar! Mas quando eu cheguei a ver ela, foi assustador. Porque apesar de ter pesquisado, de ler na internet né? Ter visto bebê desses pequenos..., Mas nada como a realidade ali... Quase desmaiei, foi aí aquele choque mesmo que é um dom que Deus dá pra gente e esquecer, né? (Orquídea)*

É comum ouvir associações negativas ao termo UTI, muitas vezes relacionam a morte, dificilmente as pessoas veem bebês tão pequenos, nem ao menos na televisão, ficando difícil imaginar a sobrevivência, porém com o passar dos dias, na medida em que os pais vão recebendo informações constataam a possibilidade de sobrevivência, surgindo sentimentos de esperança e em alguns momentos de alegria e alívio<sup>26</sup>.

*“Deu um nervosismo por que enfim, na hora que a gente fica sabendo que precisa e tudo, mas na hora vê é outra coisa, né? Você vê o seu filho pequenininho, indefeso sem roupas, né? Embora você sabe que tá quente, mas dá um sentimento de tristeza mesmo, deu! “ (Amarilis)*

O bebê normalmente chora e acalma-se quando está vestido e no colo da mãe, quando está despido, sem nada para protegê-lo, fica perdido. É essa a sensação materna ao ver seu filho na incubadora sem roupa, imaginando-o com frio e desprotegido.<sup>51</sup>

*“No dia seguinte eu fui ver o meu filho, nossa! Assim, foi estranho porque eu fiquei assim, nossa! Muito catatônica, foi uma semana bem difícil, então eu olhava ele, achei ele bonitinho tudo, mas foi um susto, né? (Tulipa)*

No nascimento ocorre a primeira interação entre mãe e filho, e com ela o início de diversos estímulos, como o simples fato da mãe falar com o bebê e este interagir. Muitas mães atribuem essa interação ao fato de falarem e cantarem para o bebê durante a gravidez.<sup>52</sup>

*“Então... A gente nunca está preparada pra ter um filho prematuro né? Ninguém fala da possibilidade de ter um filho prematuro, então... estar preparado pra ir pra maternidade, de ter um filho que vai pesar três, quatro quilos e sair da maternidade com o bebê, e isso tudo cai por Terra na hora que eu fui comunicada que ele ia nascer de vinte e nove semanas né? (Iris)*

Lazzeri<sup>24</sup> cita, em seu livro:

Dos muitos sentimentos sem sentido que assolam as novas mães, e até as mais experientes, como o medo de o bebê não pegar o peito direito ou a hora do banho, nenhum desses acomete os pais de prematuros. O temor visceral, sempre é pela VIDA do filho.

É preciso acolher os pais nos momentos iniciais na UTI Neonatal, buscando compreender este momento de forma individual, com atitudes que valorizem os

sentimentos expressos pela família e contribuam para amenizar a vivência dessa fase, minimizando as sequelas emocionais e psicológicas. <sup>42</sup>

*“E foi engraçado, porque na hora que eu coloquei a mão nele, e falei oi filhinho a mamãe tá aqui, ele abriu o olho. E daí tipo eu comecei a chorar, daí eu tirei a mão rápido.... Porque eu não conseguia chorar com a mão em cima dele, porque o pai tinha me falado: Se você tiver alguma emoção não fica com a mão em cima dele pra ele não sentir. Daí eu tirei a mão rápido, olhei pro pai, e ele falou, é a primeira vez que ele está abrindo ele não tinha aberto o olho pra mim! Daí então assim, foi muito emocionante. Porque era a voz que ele estava acostumado a escutar né (choro). ”*  
(Iris)

Segundo Klaus e Kennel<sup>33</sup> as mães tanto de crianças a termo ou de prematuras apresentam grande interesse pelo contato olho a olho, associando o abrir dos olhos para saber se o bebê a ama, geralmente as mães viram o corpo para tentar se manter no mesmo plano vertical dos olhos de seus filhos, demonstrando também seu interesse de amor.

#### 4.2.3 A importância da equipe na internação

O recém-nascido precisa de interação com o ser humano, em especial sua mãe, seu desenvolvimento depende da participação ativa para que o segure, cuide, e a equipe de enfermagem tem papel fundamental promovendo e permitindo que esse relacionamento aconteça. Um colapso nessa área tem a ver com todas as dificuldades que afetam a saúde do corpo, que se originam na indefinição da estrutura da personalidade. <sup>48</sup>

*“ Estava ali era minha, mas eu não podia trazer pra casa, até o toque a gente ficava com medo, uma das coisas que foi muito positivo pra mim e pro pai principalmente, foi estarem sempre falando, podem tocar o toque é bom pra ela, porque, até então a dificuldade que a gente tinha era ...a gente imaginava que o toque, ao mesmo o contato seria prejudicial a ela. (Orquídea)*

A equipe se mostrou interessada em mostrar para a mãe a importância do toque, encorajando-a, pois, ao ver o filho tão pequeno a mãe pode ter medo de machucar ou prejudicar o tratamento, mas segundo o relato de Orquídea o incentivo da equipe foi primordial para a realização desse contato tão importante no início da internação.

*“Eu tinha bastante fé sabe? Que ele ia ficar bonzinho.... Que ele ia ter o tempinho dele, que ia ser assim mesmo, então eu fui me conformando né? E daí é aquela história, né? Aqui as meninas me trataram sempre tão bem, sempre com tanto carinho, que eu comecei a me sentir parte daqui, sabe? Então eu vinha aqui todo dia, sabe? Eu cuidava dele, eu ficava com ele, então assim eu ficava acompanhando...” (Tulipa)*

O relato de Tulipa deixou claro que a mãe se tornou parte da equipe, e seu papel de mãe ocupou o espaço entre os membros da equipe. Foi-lhe permitido realizar os cuidados durante a internação, facilitando a interação e o conhecimento adquirido.

A fé e a religião aparecem na vida dessas pessoas no momento da angústia e da incerteza da recuperação da saúde como uma esperança capaz de livrá-las do desespero e da morte.<sup>53</sup>

*“ Ele era muito pequeno e a gente não conseguia interagir tanto, mas com o passar do tempo, então, a troca de fralda, o leite, isso era uma coisa que eu achava muito importante, assim porque não era no meu peito, então o dia que a enfermeira deixou eu segurar a seringa, foi como se ele tivesse no meu peito, eu me senti como se eu tivesse amamentando meu filho, então foi muito importante” (Iris)*

O recém-nascido precisa de apego e afeto para um bom desenvolvimento e melhora clínica, a equipe de enfermagem deve reconhecer o período de luto materno, quando a mãe lamenta a perda do bebê imaginado, e assim auxiliá-la no reconhecimento do momento correto de iniciar a interação e a formação do vínculo e do apego seguro<sup>22</sup>.

*“[...] embora eu tinha é, dificuldade, por ter feito uma cesárea grande, por estar com anemia e precisar tomar ferro, quase que eu recebi transfusão de sangue, só não recebi porque eles deram ferro na veia, e eu melhorei, então eu tinha um pouco mais de dificuldade por esses fatores. Mas, o meu marido que né? Estava com a saúde em dia, risos! Eles conseguiam mais do que eu! Então ele tirou de letra o umbiguinho, trocar a fralda, dar banho, ele tirou até por ele ser maior, a mão maior, ele tinha mais segurança com as crianças do que eu, mas depois que passou esses dias críticos, da anemia tudo, que eu melhorei, daí eu senti segurança completamente lá” (Amarílis)*

A UTI Neonatal é considerada uma unidade crítica, tanto pelo risco de infecção quanto pela vulnerabilidade dos pacientes assistidos, o que acaba gerando preocupação excessiva para os pais, impedindo-os e/ou dificultando a aproximação e reconstrução do vínculo. A presença da família e o toque dos pais propiciam benefícios tanto para os pais quanto para o bebê, permitindo assim que os pais possam ajudar consideravelmente na boa evolução do bebê, da mesma forma que o bebê pode ajudá-los a transpor o limite dessa dolorosa prova de angústia e de separação.<sup>3,40</sup>

#### 4.2.4 Medo da Alta

Couto e Praça<sup>25</sup> ressaltam em seu estudo três enfoques importantes para a preparação dos pais para a alta, o preparo da família durante a internação, promovendo o vínculo, ações educativas favorecendo a participação dos pais nos cuidados com seu filho e estratégias para dar suporte aos pais. O medo é inevitável, mas se a família estiver inserida no papel de pais cuidadores a alta será facilitada.

*“Eu tinha medo, mas eu tinha a segurança de que eu ia dar conta! Porque chegou uma hora que eu estava fazendo tanto e as meninas estavam sempre, esse era um medo que eu não tive, e quando a gente tinha dúvidas, eu via uns vídeos de como estava sendo feito e eu fazia em casa! Mas o meu maior medo era da questão dos aparelhos, parar de respirar eu não vou ter aquele monitor! ” (Iris)*

A alta é facilitada a partir do momento que os pais sentem confiança no que foi aprendido, pois tiveram toda a internação para adquirir o conhecimento, desenvolvendo habilidades e sanando dúvidas que surgem durante o tempo<sup>21</sup>.

*“Não, não tive medo! Eu não senti medo não, eu acho que já estava no momentinho de ele ir embora mesmo, de ele viver a vida dele em casa, e ele colabora também, porque ele é um bebezinho ótimo, ele não é chorão ele é belezinha!” (Tulipa)*

Quando a equipe permite que os pais participem dos cuidados desde o início da internação o medo dá lugar à confiança e à certeza do conhecimento aprendido, pois o momento ideal para o aprendizado é quando a mãe demonstra motivação e disponibilidade para aprender, sendo assim, no momento da alta a segurança prevalece e os pais podem desfrutar da alegria de ter seu filho finalmente em casa<sup>21</sup>.

*“Parece que o sol nasceu de novo, porque parece que até o período de sentir realmente isso acontecendo, eu meio que me encapsulei, pra mim foi assim uma proteção, isso aqui é minha rotina, isso aqui é o meu dia, vai ser assim e eu não vejo mais nada assim pra fazer na vida. E aí quando foi dito essa perspectiva, aí pronto o mundo vai começar de novo, vou começar a viver, né? Foi a minha ida para semi, minha ida pra lá foi outra preparação extraordinária porque eu acho que talvez se eu tivesse saído da UTI pra casa, a semi foi um aprendizado assim enorme, eu achava que eu já estava preparada, mas a semi lá foi, olha você já está com ela em casa, você está vendo como é? Estar com ela em casa!” (Orquídea).*

As mães em especial permanecem com seus filhos na UTI Neonatal durante a maior parte do dia, devido ao benefício da licença maternidade, indo para casa apenas para descansar e fazer alguma refeição. Toda a rotina da vida é alterada, afasta-se dos amigos e da própria família, mergulhando no mundo da UTI com apenas um objetivo, o crescimento do seu filho fora da barriga.



*“Mas eu me senti segura, embora cansada! Minha imunidade caiu, porque eu tive herpes, então o herpes se manifestou, tive gripe, tudo! Porque.... Realmente o corpo da gente cansa, mas me senti segura!” (Amarilis)*

#### 4.2.5 Chegada em casa

A permissão da equipe multiprofissional na participação dos pais no cuidado do seu filho permite, além do fortalecimento do vínculo afetivo, vantagens como redução do tempo de hospitalização, benefícios nas condutas comportamentais e cognitivas do bebê, evita as reinternações devido ao desconhecimento por parte dos pais de alguns cuidados ao bebê prematuro, e além disso, os pais quando envolvidos ativamente nos cuidados, apresentam maior confiança e menos ansiedade ao assumir as responsabilidades antes consideradas dos profissionais da unidade neonatal, facilitando assim a ida para casa.<sup>13</sup>

*“É então, banhinho, você vai se adaptando né, mas eu não tive medo de, por exemplo, dar banho, entendeu? Tudo que era de primeiro que a mãe de primeira viagem não faz e pede pra mãe, pra sogra, eu conseguia fazer sozinha... E eu comecei a ensinar as pessoas, igual, eu aprendi a limpar narizinho, muita coisa, que tem mãe que eu acho que nem sabe, né? Que tem que fazer a limpeza do nariz, porque o bebê não sabe assoar, né? Aprendi bastante coisa, com as fisioterapeutas, com enfermeiro...” (Tulipa)*

O cuidado com o filho se tornou tão frequente que o banho se tornou algo rotineiro, e até mesmo os outros cuidados mais específicos e necessários, após a alta de um bebê prematuro da UTI neonatal, foram realizados de maneira natural. Neste momento gostaria de realizar uma comparação com o primeiro grupo de pais, em que uma mãe teve dúvida no momento de oferecer um medicamento em gotas ao seu filho, pois as gotas demoravam a cair e devido ser um medicamento para controlar as convulsões, deveria ser administrado no horário correto, esta teve que pedir ajuda a uma amiga. Isso demonstra a mudança que ocorreu com a equipe e a melhoria em relação a participação dos pais nos cuidados com os filhos.

*“Ah! É, tiramos de letra! Tirando lógico, o trabalho, a correria! É inevitável né? E eu não tinha ninguém pra me ajudar aqui, só eu e minha mãe!” (Amarilis).*

*“Não, acho que a dificuldade maior foi o período da noite, que eu pessoalmente não havia passado nenhuma noite lá, né? Então como que era o procedimento que eu acabei aplicando, é que o que eu fazia de dia eu fazia de noite os mesmos cuidados, né? Que era a mamadeira, a mesma rotina que saiu da UTI eu apliquei aqui. Acordando ela de três em três horas, esteja dormindo ou não, troca a fralda dá o mamá, né? E é claro, noventa e oito dias numa UTI quando você sai assim por mais segura você acha que você esteja, você chega em casa você acha que qualquer barulhinho que ela esteja fazendo, você acha que é uma falta de ar que é a cabeça de mãe, não tem jeito, mas, ela teve um trancar de nariz, e isso me assustou um pouco mas acho que foi pela troca de ambiente. “ (Orquídea)*

A alta hospitalar isoladamente já é um motivo de preocupação aos pais, pois a monitorização contínua através de equipamento já não é mais possível, e todo o conhecimento apreendido deve ser colocado em prática, não terá mais enfermeiras para chamar e nem médicos para esclarecer dúvidas de forma instantânea. Se a orientação de alta fosse realizada no último dia de internação os relatos poderiam ser bem diferentes. As mães aqui entrevistadas relatam segurança nas atitudes que devem tomar, pois participaram dos cuidados diariamente e conhecem as reações e linguagens do filho.

*“Quando ele chegou, teve um episódio, estava meio friozinho ainda, e aí a gente botou ele com um monte de roupa e cobrimos ele com um monte de coberta! Porque tava frio, a gente não sabia, eu falei não vamos deixar ele passar frio, né? O moleque acordou, fez muita temperatura! A gente botou o termômetro nele, ele estava com trinta e oito (38), eu falei nossa! Aí eu tirei a roupa dele, e só de tirar a roupa já abaixou pra trinta e sete (37), ficamos preocupados não baixa a temperatura, não baixa a temperatura, aí a gente deu antitérmico e abaixou pra trinta e seis (36), aí acalmou!” (Iris)*

No relato de Iris o bebê foi extremamente aquecido, erro comum que muitas mães cometem, por medo de o bebê passar frio, porém a diferença foi que ela sabia exatamente o que fazer, ou seja, checkou a temperatura, retirou a roupa em excesso, controlou a temperatura novamente e após verificar que a temperatura ainda se mantinha alta ofereceu o antitérmico. Isso demonstra o conhecimento adquirido e o domínio materno no cuidado com o bebê.

#### 4.2.6 Suporte informativo

A cartilha ou manual de orientações, favorece para a equipe multiprofissional, uma padronização nas orientações fornecidas aos pais, sendo uma forma de comunicação eficaz, permitindo que dúvidas sejam esclarecidas e lembradas quando estiverem em casa.<sup>13</sup>

*“Aí olha, o livrinho é importante ajuda pra caramba, só que assim, o que foi mais importante pra mim assim foi a vivência mesmo, o período que eu fiquei aqui, isso aí eu acho que eu vou levar pra sempre! Não tem como você esquecer né? Tudo o que eu passei aqui, tudo o que eu aprendi, tudo o que eu cresci, isso daí pra mim é...” (Tulipa)*

*“Ajudou! Ajudou bastante! Eu li, acho que eu li duas vezes. ” (Iris)*

A cartilha educativa contribui para a ampliação dos conhecimentos dos pais, porém ela deve estar inserida em um contexto educacional, no qual os pais possam ser inseridos no conhecimento do cuidar do filho prematuro.<sup>49</sup>

*“Ler a teoria ajudou um pouco, mas na prática ali foi mais, porque o que é na teoria você não consegue visualizar, não consegue sentir mesmo, hoje eu ainda até, eu consulto ainda, tipo, qual é o horário que tem que tomar sol, igual lá, explica como dar o banho, eu nunca iria ter aprendido como dar o banho lendo. ” (Orquídea)*

*“Sim foi, mas o que eu aprendi foi o mais importante. ” (Amarilis).*

Como disseram Orquídea e Amarílis em seus relatos o material educativo deve ser utilizado para reforçar a informação fornecida aos pais, porém nada substitui o fazer, o cuidar. A mãe permanece muito tempo ao lado de seu bebê, esse material educativo pode esclarecer dúvidas ou até mesmo criar dúvidas que possam ser esclarecidas durante a internação, por esse motivo ele deve ser entregue ainda com o bebê internado.

#### 4.2.7 Conclusões do segundo grupo de entrevistados

Nos relatos das mães observamos que os sentimentos iniciais de dor, medo e angustias também existiram, porém com o decorrer da internação conseguiram, com a ajuda da equipe, interagir com os filhos de tal forma que encontraram seus papéis de mães e pais dentro da UTIN e recuperaram aquilo que foi perdido após a separação do parto. No momento da alta sentiam confiança no cuidar, porém o medo ainda existia, mas dessa vez foi relacionado a própria prematuridade e morbidades relacionadas, tais como as apneias e convulsões. Concluímos que a vivência dos pais dentro da Unidade de terapia intensiva os preparou para a continuação dos cuidados dos filhos prematuros, agora no aconchego do lar.

## 5 CONCLUSÕES

O objetivo principal desta pesquisa foi realizar uma assistência de enfermagem com foco na preparação dos pais para alta, pois os pais, dentre outras dificuldades, tinham muito medo e insegurança frente às várias orientações neste dia tão esperado.

Conhecer os problemas enfrentados pelos pais e suas histórias após a alta, e o vazio sentido durante a internação, permitiu reconhecer os valores, as crenças e o comportamento dos pais, o que foi necessário para compreender o processo de se tornarem pais de bebês na UTI neonatal.

A capacitação e sensibilização da equipe assistencial foram os determinantes para a mudança do cuidar em UTI Neonatal, observando-se que a equipe havia deixado, pela cobrança do dia a dia, de reconhecer os pais como parte do cuidado do recém-nascido internado, e a mudança favoreceu não somente aos pais e bebês, mas também à equipe, pois os pais se apresentam muito mais confiantes, seguros e participativos no tratamento do filho na UTI Neonatal.

Os relatos do primeiro grupo foram recheados de medo e dificuldades na participação nos cuidados com o filho, em que o momento da alta gerou muita insegurança. No segundo grupo de entrevistados houve uma capacitação prévia da equipe de forma diferenciada, o que norteou a assistência prestada ao recém-nascido, e a participação dos pais nos cuidados diários com o filho foi uma realidade, isso colaborou para uma assistência de enfermagem humanizada, uma melhora no entendimento e reconhecimento de sinais que o bebê oferece e, ainda, a valorização da família, que é o sujeito principal do cuidado ao recém-nascido prematuro.

A análise dos relatos subsidiou a construção das categorias temáticas, e a discussão de acordo com a análise de conteúdo. Os temas enfatizaram as dificuldades, as ambiguidades de sentimentos dos pais e as transformações ocorridas no processo de cuidar e conviver com o filho.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descoberta da gravidez, sendo ela esperada ou não, é um susto, porque quando ela é esperada e desejada ocorre o susto inicial acompanhado de uma alegria rápida, pois logo em seguida vêm todas as preocupações, todas as fantasias do primeiro trimestre de forma aterrorizante, porque se tem a ideia da gestação, mas a gravidez não é palpável e todas as expectativas dos exames de ultrassonografia, as angústias nesse período são muito grandes, porém é velada pelo dito popular não posso falar senão acontece. Tudo fica voltado na angústia solitária, porque é difícil falar dos sentimentos.

Após o segundo trimestre começa-se a dividir um pouco da alegria com a sociedade e a angústia diminui, caso esteja tudo certo, e a mãe começa a sonhar mais com o bebê que um dia será real.

No terceiro trimestre devido à aproximação do parto, o processo da angústia solitária retorna, e a mãe fica mais introspectiva, se preparando para o bebê real.

Se correr tudo bem, o bebê nasce no tempo correto, mas de qualquer maneira gera um estranhamento, pois o bebê nascido nunca é igual ao bebê imaginado. Para conhecer eu preciso separar, eu não conheço o que está grudado em mim.

Quando ocorre o nascimento prematuro, todos os medos, angústias solitárias se tornam reais e o processo de apego e aproximação com o bebê se torna mais difícil.

Segundo Klaus e Kennel<sup>19</sup> o apego é crucial para a sobrevivência e desenvolvimento do bebê, tanto física quanto psíquica. O relacionamento humano tem duas características muito fortes, antes do nascimento quando o bebê se desenvolve dentro de uma parte do corpo da mãe favorecendo seu desenvolvimento, e após o nascimento quando a mãe garante sua sobrevivência, enquanto ele é dependente dela. Porém no nascimento prematuro esses dois momentos naturais são perdidos, pois a mãe não consegue gerar o bebê completamente e também não consegue manter sua sobrevivência sem depender de uma equipe hospitalar.

Em todos os relatos observamos o sentimento de culpa, e de uma aniquilação no sentido de que toda a impotência de ser mãe e do bebê ser filho fica

comprometida e a necessidade de apoio da equipe para reorganizar os sentimentos para conseguir formar o apego e a fé na longa jornada de uma UTI Neonatal.

Ao observar os primeiros relatos das mães, antes das mudanças na UTI Neonatal, a dificuldade na participação dos cuidados com o filho foi unânime, o interessante é que as mães não questionaram nenhum cuidado específico da equipe, apenas os cuidados que elas como mães poderiam ter feito, como cuidar do umbigo, carregar no colo, uma delas até se referiu a uma certa frustração em relação a falta desse cuidado, e relata que quando tiver outro bebê quer poder ter esse momento.

A equipe que assiste o recém-nascido prematuro na UTI Neonatal estava voltada para questões técnicas, em seu sentido restrito, promovendo um cuidado despersonalizado e uma certa distância entre eles, o bebê e sua família. Os pais até podiam permanecer na uti, porém sempre que a equipe precisava realizar algum cuidado específico, os pais eram retirados. Após a capacitação da equipe e orientações contínuas com empenho dos enfermeiros líderes, a equipe valorizou os sentimentos, medos, inseguranças e principalmente os sonhos maternos e paternos.

Os pais foram instigados a participar dos cuidados, e em um dos relatos observamos que a mãe e o pai acreditavam que o toque poderia machucar e ou atrapalhar o desenvolvimento do bebê e que após a equipe insistentemente orientando o toque, ambos conseguiram interagir com a filha prematura.

Quando o bebê prematuro nasce, quebra toda a idealização do bebê, e a equipe tem como função tentar refazê-la, porque o papel da equipe não é só aproximar os pais com o filho, mas ajudar a reconstruir os sentimentos que foram destruídos no nascimento prematuro.

A alta gera sentimentos de medo e angústia, porém observamos nos relatos da primeira fase de entrevistas, que o medo era relacionado à angústia de não saber cuidar, de algo dar errado por falha dos pais, e o medo relatado na segunda fase de entrevistas foi relacionado à angústia da falta de equipamentos que acostumaram a ter na UTI, porém nenhum relato de medo ou insegurança em realizar algum cuidado com o filho, pois se sentiam capazes de fazê-lo.

A partir da capacitação, a equipe ficou mais sensibilizada com a parte humanitária que existe por trás das técnicas da UTI, a parte humana começou a fazer parte dos cuidados, os pais tiveram seus papéis conquistados no ambiente da

UTI e a equipe começou a valorizar também o sentir e não apenas o fazer. Porque a parte técnica salva vidas, mas não salva aquilo que foi sentido, o sentimento das mães e filhos deve ser reconstruído com a ajuda da equipe e a fé das famílias.



## REFERÊNCIAS

1. Kenner CA. Enfermagem neonatal. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2001.
2. Ramos HA, Cuman RK. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(2):297–304.
3. Gaiva M, Gomes MMF. Cuidando do neonato: uma abordagem de enfermagem. Goiânia: AB Editora; 2003.
4. Victora C, Barros F, Matijasevich A, Silveira M. Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; UNICEF Brasil; 2013.
5. Caparelli E, Amorim A. Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil [Internet]. UNICEF Brasil. 2013 [acesso em 28 abr. 2014]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/media\\_25849.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm)
6. Boykova M, Kenner C. Transition from hospital to home for parents of preterm infants. J Perinatol Neonatal Nurs. 2012;26(1):81–7.
7. Brenelli-Vitali M. Epidemiologia neonatal. In: Marba S, Mezzacappa Filho F, organizadores. Manual de Neonatologia UNICAMP CAISM. 2ª ed Rio de Janeiro: Revinter; 2009. p. 20–7.
8. Pessoto M. Nutrição do recém-nascido. In: Marba S, Mezzacappa Filho F, organizadores. Manual de Neonatologia UNICAMP CAISM. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2009. p. 71–89.
9. Tronchin DMR. A experiência de tornarem-se pais de recém-nascido prematuro [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
10. Procianoy RS, Guinsburg R. Avanços no manejo do recém-nascido prematuro extremo. J Pediatr (Rio Janeiro). 2005;81(S1):1–2.
11. Miyoshi MH. Terapêutica de reposição de surfactante. J Pediatr (Rio Janeiro). 2001;77(Supl.1):s3–16.
12. Mezzacappa Filho F, Facchini FP. Surfactante: terapêutica de reposição. In: Marba STM, Mezzacappa Filho F, organizadores. Manual de Neonatologia UNICAMP CAISM. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2009. p. 135–40.
13. Chiodi LC, Aredes ND, Angelo, Scochi CG, Fonseca LM. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. Acta Paul Enferm. 2012;25(6):969–74.

14. Klaus MH, Fanaroff AA. Alto risco em neonatologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1982.
15. Calil R, Caldas JPS. Infecção neonatal. In: Marba STM, Mezzacappa Filho F, organizadores. Manual de Neonatologia UNICAMP CAISM. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2009. p. 331–47.
16. Rodrigues ZS, Chaves EMC, Cardoso MVL. Atuação do enfermeiro no cuidado com o cateter central de inserção periférica no recém nascido. Rev Bras Enferm. 2006;59(5):626–9.
17. Neves ZC, Tipple AFV, Souza ACS, Pereira MS, Melo DS, Ferreira LR. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Lat Am Enfermagem. 2006;14(4):1–8.
18. Dunn PM. Professor Pierre Budin (1846-1907) of Paris, and modern perinatal care. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1995;73:F193–5.
19. Klaus M, Kennel J. Pais/Bebê a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
20. Lima GM, Silva RN, Guinsburg R. Humanização na assistência ao recém-nascido. Programa Atualização em Neonatol. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 55–95.
21. Rabelo MZ, Chaves EM, Cardoso MV, Sherlock MS. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. Acta Paul Enferm. 2007;20(3):333–7.
22. Brum EH, Schermann L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(2):457–67.
23. Lamy ZC, Gomes R, Carvalho M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. J Pediatr (Rio Janeiro). 1997;73(5):293–9.
24. Lazzeri T. Quinhentos gramas de vida: a luta dos bebês prematuros pela sobrevivência. Caxias do Sul: Belas Artes; 2014.
25. Couto FF, Praça NS. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(4):886–91.
26. Fontoura F, Fontenele F, Cardoso M, Sherlock M. Experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev RENE. 2011;12(3):518–25.

27. Lamego DTC, Deslandes SF, Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):669–75.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
29. Pelizzari A, Kriegl ML, Baron MP, Finck NTL, Dorocinski SI. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. *Rev PEC*. 2001;2(1):37–42.
30. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
31. Linhares MB, Carvalho AE, Bordin MB, Jorge SM. Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento <1500 g: na UTI-neonatal e no seguimento longitudinal. *Temas Psicol*. 1999;7(3):245–62.
32. Carvalho AEV, Linhares MBM, Martinez FE. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1.500 g). *Psicol Reflexão Crítica*. 2001;14(1):1–33.
33. Klaus MH, Kennell J. Assistência aos pais. In: Fanaroff A, Fanaroff J, organizadores. *Klaus & Fanaroff alto risco em neonatologia*. 6ª ed Rio de Janeiro: Interamericana; 2015. p. 141–65.
34. Sadeck LSR, Calil VM, Livramento ML, Madjar SM, Toma E, Ramos JL, et al. A equipe multiprofissional e o grupo de pais de recém-nascidos de alto risco: opinião das mães. *Pediatria (Santiago)*. 1986;8(90-3):2–5.
35. Brevidelli M, Domenico E. *Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde*. São Paulo: látria; 2006.
36. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
37. Rocha D, Deusdará B. Análise de conteúdo e análise do discurso: o lingüístico e seu entorno. *Delta Doc Estud Lingüística Teórica Apl*. 2006;22:29–52.
38. Freire P. *Educação e mudança*. São Paulo: Terra e Paz; 1979.
39. Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev Lat-am Enfermagem*. 2006;14(6):837–42.
40. Mathelin C. *O sorriso da Gioconda*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 1999.
41. León Martín B, Poudereux Mozas M, Giménez Rodríguez C, Belaústegui

- Cueto A. Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre Med.* 2005;16(2):130–9.
42. Schmidt KT, Sassá AH, Veronez M, Higarashi IH, Marcon SS. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012;16(1):73–81.
  43. Sabatés AL, Borba RIH. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Rev Lat-am Enfermagem.* 2005;13(6):968–73.
  44. Broedsgaard A, Wagner L. How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *Int Nurs Rev.* 2005;52:196–203.
  45. Sousa MW, Silva WC, Araújo SA. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. *ConScientiae Saúde.* 2008;7(2):269–74.
  46. Fowle PW, Mchaffie H. Supporting parents in the neonatal unit. *BMJ.* 2004;329:1336–8.
  47. Gaíva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(4):444–8.
  48. Winnicott D. Os bebês e suas mães. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
  49. Fonseca LMM, Leite AM, Vasconcelos MG, Castral TC, Scochi CGS. Cartilha educativa on line sobre os cuidados com o bebê pré-termo: aceitação dos usuários. *Ciênc Cuid Saúde.* 2007;6(2):238–44.
  50. Monteiro MC. Um coração para dois: a relação mãe-bebê cardiopata. Rio de Janeiro: PUC-Rio; 2003.
  51. Sanchez Perez M. Observação de bebês. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
  52. Rosa R, Martins FE, Gasperi BL, Monticelli M, Siebert ER, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(1):105–12.
  53. Corrêa D. Religião e saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração da RCC em maringá, PR. *Ciênc Cuid Saúde.* 2006;5(Supl.):134–41.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE 1 )

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa: Preparação dos Pais para Alta do seu filho prematuro da UTI Neonatal. O objetivo principal desta pesquisa é realizar assistência de enfermagem com foco na preparação dos pais para a alta hospitalar de seus filhos prematuros. Para isso será necessário conhecer os problemas enfrentados pelos pais de RN prematuros, após a alta da UTI Neonatal, Capacitar a equipe de enfermagem para inserir os pais nos cuidados, facilitando a adaptação em casa e conhecer, após a capacitação da equipe, a adaptação dos pais em casa. Para participar do estudo você irá responder a perguntas que serão feitas em uma entrevista, que será gravada. Você não é obrigado a participar do estudo respondendo à entrevista; poderá deixar de responder a qualquer das questões e poderá desistir de participar a qualquer momento, bastando para isso comunicar à pesquisadora.

A qualquer momento, você pode entrar em contato com a pesquisadora Deborah Grohmann Tondo Haro tel. 997092068, e-mail deboraharo@hotmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP aprovou este estudo e caso necessite de outros esclarecimentos ou tenha algo a comunicar ao Comitê, o telefone é: 15-3212-9896 em horário comercial. As informações por você fornecidas são sigilosas assegurando assim sua privacidade e de sua família. Aceitando participar deste estudo você fornecerá informações importantes e que poderão ser úteis, para que outros pais saiam mais preparados nos cuidados de seus filhos prematuros. O seu nome não será descrito no trabalho. Ao final do estudo, os pesquisadores se comprometem a lhe comunicar os resultados e orientações que possam ser úteis. Uma cópia deste consentimento informado será mantida em arquivo do pesquisador responsável pelo estudo e você receberá outra cópia deste documento consentindo em participar (TCLE). Sua participação no estudo não lhe acarretará custos e não haverá qualquer compensação financeira adicional.

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Preparação dos Pais para Alta do seu filho (a) da UTI Neonatal. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador (a) Deborah Grohmann Tondo Haro sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisado

Eu, Deborah Grohmann Tondo Haro, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido, para a participação da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE 2)

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa: Preparação dos Pais para Alta do seu filho prematuro da UTI Neonatal. O objetivo principal desta pesquisa é realizar assistência de enfermagem com foco na preparação dos pais para a alta hospitalar de seus filhos prematuros. Para isso será necessário conhecer os problemas enfrentados pelos pais de RN prematuros, após a alta da UTI Neonatal, Capacitar a equipe de enfermagem para inserir os pais nos cuidados, facilitando a adaptação em casa e conhecer, após a capacitação da equipe, a adaptação dos pais em casa. Após a alta hospitalar, a pesquisadora irá entrar em contato e marcar um local e horário que melhor se adapte aos pais. Para participar do estudo você irá responder as perguntas que serão feitas em uma entrevista, que será gravada. Você não é obrigado a participar do estudo respondendo à entrevista, poderá deixar de responder a qualquer das questões e poderá desistir de participar a qualquer momento, bastando para isso comunicar à pesquisadora.

A qualquer momento, você pode entrar em contato com a pesquisadora Deborah Grohmann Tondo Haro tel. 15 997092068, e-mail deboraharo@hotmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP aprovou este estudo e caso necessite de outros esclarecimentos ou tenha algo a comunicar ao Comitê, o telefone é: 15-3212-9896 em horário comercial. As informações por você fornecidas são sigilosas assegurando assim sua privacidade e de sua família.

Aceitando participar deste estudo, você fornecerá informações importantes e que poderão ser úteis, para que outros pais saiam mais preparados nos cuidados de seus filhos prematuros. O seu nome não será descrito no trabalho. Ao final do estudo os pesquisadores se comprometem a lhe comunicar os resultados e orientações que possam ser úteis. Uma cópia deste consentimento informado será mantida em arquivo do pesquisador responsável pelo estudo e você receberá outra cópia deste documento consentindo em participar (TCLE). Sua participação no estudo não lhe acarretará custos e não haverá qualquer compensação financeira adicional.

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Preparação dos Pais para Alta do seu filho (a) da UTI Neonatal. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador (a) Deborah Grohmann Tondo Haro sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisado

Eu, Deborah Grohmann Tondo Haro, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido, para a participação da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

## **APÊNDICE B - Solicitação de autorização para Pesquisa na UTI Neonatal do Hospital Unimed de Sorocaba**

Sorocaba, 20 de janeiro de 2014.

Solicitação de autorização para Pesquisa na UTI Neonatal do Hospital Unimed de Sorocaba

Solicitamos a autorização da Diretoria do Hospital Unimed de Sorocaba para a realização do Trabalho de Dissertação de Mestrado Profissional da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, no setor de UTI Neonatal sob o título: Preparação dos Pais para Alta do seu filho da UTI Neonatal, tendo como objetivo principal elaborar e Implementar um programa de intervenções de enfermagem para o preparo dos pais para alta hospitalar de prematuros, utilizando um protocolo de adaptação dos pais nos cuidados de seu filho prematuro e uma cartilha de orientações de alta como material de apoio, considerando que a aplicação de intervenções de enfermagem permite uma melhor preparação para a alta hospitalar e, conseqüentemente, uma melhor adaptação ao lar, evitando internações desnecessárias que possam comprometer o desenvolvimento do bebê. Trata-se de um trabalho de dissertação de mestrado da aluna Deborah Grohmann Tondo Haro a ser realizado com as mães e pais de recém-nascidos que tiveram e terão alta da UTI Neonatal, no formato de entrevistas **semiestruturadas**.

O projeto de pesquisa encontra-se em anexo.

**Orientado por: Profa. Dra. Gisele Regina de Azevedo**

Contato do pesquisador principal tel., cel. (15) 99709.2068

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento

Atenciosamente,

Deborah Grohmann Tondo Haro  
Pesquisador Principal  
RG 23060 904-1



Assinatura do Orientador da Pesquisa  
Profa. Dra. Gisele Regina de Azevedo  
Departamento de Ciências Fisiológicas  
FCMS – PUC/SP

### **APÊNDICE C - Questões norteadoras da entrevista semiestruturada**

1. Como foram os primeiros cinco dias de internação de seu filho (a) na UTI Neonatal?
2. Nesse período inicial você teve alguma orientação para os cuidados com seu filho (a)?
3. E como isso se deu durante o período de internação?
4. O que vocês sentiram quando os médicos realizaram a programação de alta?
5. Quais as dificuldades, em relação aos cuidados com seu filho prematuro, vocês tiveram ao chegar em casa?
6. Você acha que uma cartilha de orientações, sobre os cuidados com o bebê em casa, poderia ajudar?



**APÊNDICE D - Questões norteadoras da entrevista semiestruturada**

1. Como foram os primeiros dias de internação de seu filho (a) na UTI Neonatal?
2. Nesse período inicial você teve alguma orientação/participação sobre os cuidados com seu filho (a)?
3. Quais as dificuldades, em relação aos cuidados com seu filho prematuro, vocês tiveram ao chegar em casa?
4. Você precisou usar a cartilha após a alta hospitalar? Em que ela te ajudou?