



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARLY VERONEZ**

**PROTOCOLO DE ALTA EM NEONATOLOGIA: IMPORTÂNCIA  
DA AÇÃO EDUCATIVA NO CONTEXTO DO CUIDADO AO BEBÊ  
PRÉ-TERMO**

**MARINGÁ  
2012**

**MARLY VERONEZ**

**PROTOCOLO DE ALTA EM NEONATOLOGIA: IMPORTÂNCIA  
DA AÇÃO EDUCATIVA NO CONTEXTO DO CUIDADO AO BEBÊ  
PRÉ-TERMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e o processo de cuidado.

Linha de pesquisa: O cuidado à Saúde nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ieda Harumi Higarashi

**MARINGÁ  
2012**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação CIP)

Veronez, Marly  
V549p      Protocolo de alta em neonatologia: importância da  
ação educativa no contexto do cuidado ao bebê pré-  
termo / Marly Veronez.-- Maringá, 2012.  
102 f.  
Orientadora: Profa. Dra. Ieda Harumi Higarashi.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de  
Maringá, Centro de Ciências da Saúde. Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

1. Neonatologia. 2. Bebê pré termo - Cuidados. 3.  
Alta neonato. I. Higarashi, Ieda Harumi, orient. II.  
Universidade Estadual de Maringá, Departamento de  
Enfermagem. III. Título.

CDD 21.ed.618.9201

**MARLY VERONEZ**

**PROTOCOLO DE ALTA EM NEONATOLOGIA: IMPORTÂNCIA  
DA AÇÃO EDUCATIVA NO CONTEXTO DO CUIDADO AO BEBÊ  
PRÉ-TERMO**

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ieda Harumi Higarashi (Orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciana Mara Monti Fonseca  
Universidade de São Paulo (USP)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sonia Silva Marcon  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

**Dedico este trabalho**

à DEUS, protetor dos meus dias, sem ele nada seria possível de ser alcançado.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Valdemar e Neuza**, e aos meus irmãos, **Marlene e José Luiz**, pelo apoio nos dias difíceis desta caminhada. Meu amor por vocês é incondicional.

Ao meu namorado, **Luciano**. Obrigada pela presença constante, pela paciência, por respeitar meus dias de ausência, pelas valiosas sugestões, por não me deixar desistir de tudo...

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Ieda Harumi Higarashi**, que tenho como exemplo de vida, pela paciência, sabedoria e compreensão. Vou contar um segredo: não existe nada melhor do que ser recebida sempre com sorrisos!

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> **Sonia Silva Marcon**: minha admiração por ser você ser uma pessoa persistente, batalhadora e incansável, sempre na luta para tornar o mestrado cada vez melhor.

Aos colegas de trabalho da UTIN do HUM, enfermeiros e técnicos de enfermagem que contribuíram na minha ausência durante a dispensa parcial para o mestrado. Sou grata!

A Universidade Estadual de Maringá, por proporcionar a oportunidade de dispensa parcial, possibilitando maior dedicação ao curso de mestrado.

As todas as famílias anônimas e seus bebês prematuros que participaram desta pesquisa.

A banca examinadora, pela colaboração valiosa em todas as fases deste trabalho.

A todos os amigos e colegas pelas valiosas contribuições.

Que o teu desejo seja de ver Deus;  
o teu temor, o de perdê-lo;  
a tua dor, a de não possuí-lo;  
a tua alegria,  
naquilo que te pode levar a Ele;  
e assim viverás em paz.

(Santa Tereza D'Ávila)

VERONEZ, Marly. **Protocolo de alta em neonatologia**: importância da ação educativa no contexto do cuidado ao bebê pré-termo. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Ieda Harumi Higarashi. Maringá, 2012.

## RESUMO

A internação do recém-nascido pré-termo (RNPT) na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é evento que se traduz em experiência complexa para todos os envolvidos, família e equipe cuidadora. Treinar a família a desenvolver habilidades e segurança para cuidar do RNPT é um dos desafios da enfermagem. Portanto, as intervenções devem ser direcionadas e trabalhadas de forma precoce ainda dentro do hospital, com vistas à capacitação familiar para o cuidado pós-alta no domicílio. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi descrever o processo de desenvolvimento de uma proposta de protocolo de alta para RNPT. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa que utilizou como referencial metodológico a pesquisa convergente assistencial. Participaram sete mães de RN com idade gestacional inferior a 37 semanas e peso de nascimento igual ou superior a 1.500 gramas e que estivessem internados na UTIN e ou Unidade de Cuidados Intermediários por um período mínimo de 72h. A coleta dos dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2011 por meio de observação participante, entrevista semiestruturada e informal, realizadas em momentos distintos: durante a internação hospitalar dos RN, por ocasião do processo de orientação e inserção materna no cuidado do RN até a alta e, posteriormente, em encontros realizados no domicílio das famílias e ambulatório de especialidades do Hospital Universitário de Maringá. Todos os dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciaram que as orientações efetuadas durante a internação do bebê possibilitaram a construção de suporte materno para o cuidado domiciliar, servindo como roteiro inicial do cuidado pelas mães e possibilitando a adaptação gradativa até a inserção definitiva na rotina familiar. Apesar de implementado o processo de preparo para a alta, dúvidas persistiram por ocasião da realização dos cuidados pelas mães no domicílio, relacionando-se à temperatura corporal, banho e amamentação. O estudo permitiu concluir que, dentro da proposta de protocolo para a alta, os cuidados básicos com a alimentação (e demais cuidados correlatos) e com a higiene do RN constituíram-se em temáticas que exigiram o maior número de intervenções educativas. Outrossim, a organização dos tópicos em grupamentos temáticos como os derivados das discussões dos resultados do estudo - Cuidados de higiene e conforto, Aleitamento materno, Higiene das mãos, Cuidados gerais no domicílio, Cuidados específicos, Rotinas assistenciais da UTIN, Informações sobre estado clínico do bebê, Acompanhamento ponderal - entre outros emanados de cada realidade assistencial, servem de referencial para o direcionamento da abordagem educativa nestes contextos. Outro aspecto essencial para o sucesso do processo educativo em saúde, se refere à consolidação de um relacionamento terapêutico adequado, pautado na comunicação efetiva e no acolhimento, permitindo que a construção da autonomia materna para o cuidado se faça de forma sistematizada e eficaz. Assim, as implicações do estudo para a área de conhecimento da enfermagem expõe a importância da pesquisa científica, enquanto instrumento para o diagnóstico das realidades assistenciais, destacando problemas do cotidiano do enfermeiro, e apontando possibilidades de sistematizar a ação cuidativa nos diferentes contextos, norteadas pela busca da qualificação da assistência.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Alta do paciente. Prematuro. Educação em Saúde.



VERONEZ, Marly. **Discharge protocol in neonatology**: importance of educative action in the care of preterm babies. 102 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Ieda Harumi Higarashi. Maringá, 2012.

## ABSTRACT

The admission of a pre-term newborn (PTNB) into a neonatal intensive care unit (NICU) is an event that is translated into a complex experience for families and caregiving team. Training the family to develop abilities and safety to care for the PTNB is one of the Nursing challenges. Therefore, the interventions should be addressed and worked early, during the hospital stay, in order to train the family for the baby care after discharge. Considering that, the objective of the study was to describe the process of a proposal of a discharge protocol for PTNB. It is a descriptive, exploratory research, of qualitative approach that used a convergent assistant research as methodological referential. Participated in the study seven mothers of NBs with gestational age inferior to 37 weeks e birth weight equal or superior to 1,500 grams and that were admitted in a NICU and/or in a Unit of Intermediate Care for a minimum period of 72 hours. Data was collected from October to December 2011 through observing participation, semi-structured and informal interview, carried out in different moments: during NBs hospital stay, during the process of teaching of maternal care for the NB up to discharge, and lately, in meetings in the family's home and at outpatient unit of the University Hospital of Maringá. All data was submitted to Bardin's content analysis. The results showed that the guidance obtained during the baby hospital stay built foundation for the home care. In spite of the preparation process for discharge, doubts persisted for the mothers, at the home. They were doubts about body temperature, bathing and breastfeeding. The study allowed to conclude that, within the proposed discharge protocol, the basic care regarding feeding and hygiene of the newborn became a thematic that required a greater number of educative interventions. Likewise, the organization of topics in thematic groups such as the ones derived from the results of the study – Hands hygiene, General home care, NICU routines, Information about baby's health, Weight gain – among others, served as referential for directing the education approach in these contexts. Another essential aspect for the success of the health educational process refers to the consolidation of an appropriate therapeutic relationship, based on an effective communication, allowing a construction of maternal autonomy to be built in a systematized and effective manner. Thus, the implications of the study for the nursing field knowledge expose the importance of scientific research as an instrument for the diagnosis of the life reality highlighting problems of the quotidian of nurses, and pointing possibilities to systematize caregiving action in different contexts, driven by the search for a certified assistance.

**Keywords:** Nursing. Patient's discharge. Premature. Health Education.

VERONEZ, Marly. **Protocolo de alta en neonatología**: importancia de la acción educativa en el contexto del cuidado al bebé pretérmino. 102 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Ieda Harumi Higarashi. Maringá, 2012.

## RESUMEN

La internación del recién nacido pretérmino (RNPT) en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) es evento que se traduce en experiencia compleja para todos los involucrados, familia y equipo cuidador. Entrenar a la familia para desarrollar habilidades y seguridad para cuidar del RNPT es uno de los desafíos de la enfermería. Por tanto, las intervenciones deben ser direccionadas y trabajadas de forma precoz aun dentro del hospital, pretendiendo la capacitación familiar para el cuidado pos-alta en el domicilio. Así, el objetivo de este estudio fue describir el proceso de desarrollo de una propuesta de protocolo de alta para RNPT. Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria, de abordaje cualitativo que utilizó como referencial metodológico la investigación convergente asistencial. Participaron siete madres de RN con edad gestacional inferior a 37 semanas y peso de nacimiento igual o superior a 1.500 gramos y que estuviesen internados en la UCIN y/o Unidad de Cuidados Intermediarios por un período mínimo de 72h. La recolección de datos ocurrió entre octubre y diciembre de 2011 por medio de observación participante, entrevista semiestructurada e informal, realizadas en momentos distintos: durante la internación hospitalaria de los RN, por ocasión del proceso de orientación e inserción materna en el cuidado del RN hasta el alta y, posteriormente, en encuentros realizados en el domicilio de las familias y ambulatorio de especialidades del Hospital Universitario de Maringá. Los datos fueron sometidos al análisis de contenido de Bardin. Los resultados evidenciaron que las orientaciones hechas durante la internación del bebé posibilitaron la construcción de soporte materno para el cuidado domiciliario, sirviendo como guión inicial del cuidado por las madres y posibilitando la adaptación gradual hasta la inserción definitiva en la rutina familiar. El estudio permitió concluir que, dentro de la propuesta de protocolo para el alta, los cuidados básicos con la alimentación (y demás cuidados correlacionados) y con la higiene del RN se constituyeron en temáticas que exigieron el mayor número de intervenciones educativas. Igualmente, la organización de los tópicos en grupos temáticos como los derivados de las discusiones de los resultados del estudio - Cuidados de higiene y confort, Amamantamiento materno, Higiene de las manos, Cuidados generales en el domicilio, Cuidados específicos, Rutinas asistenciales de la UCIN, Informaciones sobre estado clínico del bebé, Acompañamiento ponderal - entre otros emanados de cada realidad asistencial, sirven de referencial para el direccionamiento del abordaje educativo en estos contextos. Otro aspecto esencial all suceso del proceso educativo en salud se refiere a la consolidación de una relación terapéutica adecuada, basada en la comunicación efectiva y en la acogida, permitiendo que la construcción de la autonomía materna para el cuidado se haga de forma sistematizada y eficaz. Así, las implicaciones del estudio para el área de conocimiento de la enfermería expone la importancia de la investigación científica, como instrumento para el diagnóstico de las realidades asistenciales, destacando problemas del cotidiano del enfermero, y apuntando posibilidades de sistematizar la acción de cuidar en los diferentes contextos, orientada por la busca de la calificación de la asistencia.

**Palabras clave:** Enfermería. Alta del paciente. Prematuro. Educación en Salud.

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo é fruto do projeto de Dissertação de Mestrado em Enfermagem e teve como proposta a construção de um protocolo de alta para recém-nascidos pré-termo.

Os resultados estão apresentados em formato de três artigos. Cada um dos artigos está estruturado respeitando o sequenciamento dos periódicos a priori escolhido, com número de palavras e/ou páginas aproximadas exigidas por cada um. No entanto, fica aberto à banca examinadora a avaliação da escolha do periódico, bem como sugestões a serem inseridas no contexto já estruturado ou mesmo sugestões de submissão a outros periódicos que se mostrarem mais adequados ao tema estudado e/ou resultados encontrados.

**Artigo 1: Internação de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal: vivências maternas** - buscou-se compreender as experiências maternas vivenciadas durante o período de internação e alta do filho RN, a partir dos registros maternos realizados em diários de campo (Escola Anna Nery Revista de Enfermagem).

**Artigo 2: Assistência ao recém-nascido pré-termo: o processo de construção dos cuidados no hospital e domicílio** - teve como objetivo identificar os impactos de um procedimento de orientação/preparo para alta hospitalar de bebês prematuros, a partir da perspectiva de mães no processo de inserção no cuidado (Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil).

**Artigo 3: Protocolo para a alta de bebês pré-termo: subsídios para a construção de uma proposta** - teve como propósito descrever o processo de desenvolvimento de um protocolo de alta para recém-nascidos pré-termo, a partir do processo de orientação materna para alta durante a internação do bebê nas unidades neonatais (Revista Enfermagem UERJ).

As demais seções desta dissertação estão estruturadas obedecendo às regras comuns a todo estudo.

## LISTA DE SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ECM	Enfermaria de Cuidados Mínimos
HUM	Hospital Universitário de Maringá
IG	Idade Gestacional
NV	Nascido Vivo
ODM	Objetivos do Terceiro Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
SDR	Síndrome do Desconforto Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
VA	Visita Ambulatorial
VD	Visita Domiciliar

## LISTA DE FIGURAS

### METODOLOGIA

Figura 1	Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição destas atividades .....	24
----------	--	----

### ARTIGO 3

Figura 1	Caracterização das mães, dos RN e dados referentes ao tempo de internação e número de encontros realizados. Maringá – PR, outubro à dezembro de 2011 .....	74
----------	--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização das mães dos RN internados na UTIN e UCIN participantes do estudo nos meses de outubro a dezembro de 2011, Maringá – PR .....	41
Quadro 2	Dados referentes aos RN das mães participantes do estudo nos meses de outubro a dezembro de 2011 – Maringá – PR .....	41

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	22
3	<b>METODOLOGIA</b> .....	23
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	23
3.2	PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA) .....	24
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	26
3.4	LOCAL DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO E SEU CONTEXTO .....	27
3.5	COLETA E REGISTRO DOS DADOS .....	29
3.5.1	<b>Preparo do campo</b> .....	29
3.5.2	<b>Coleta de dados</b> .....	29
3.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	32
3.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	33
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	35
4.1	ARTIGO 1: INTERNAÇÃO DE PREMATUROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: VIVÊNCIAS MATERNAS .....	35
4.2	ARTIGO 2: ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS CUIDADOS NO HOSPITAL E DOMICÍLIO .....	53
4.3	ARTIGO 3: PROTOCOLO DE ALTA PARA BEBÊS PRÉ-TERMO: SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA .....	70
5	<b>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM</b> .....	84
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	85
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	87
	<b>APÊNDICES</b> .....	93
	<b>ANEXOS</b> .....	99

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação e o parto resultam em momentos de alegria para os pais e suas famílias, ao celebrarem a chegada de uma nova vida ao mundo. Um ambiente favorável ao desenvolvimento da maternidade, em condições seguras, depende de uma série de fatores, que vão desde os cuidados e atenção dispensados pela família e comunidade à gestante e ao recém-nascido (RN), passando pelo grau de eficiência dos profissionais da área da saúde, até a existência e disponibilidade de centros de atendimento com equipamentos, medicamentos e assistência em cuidados emergenciais que eventualmente se façam necessários (UNICEF, 2009).

Ademais, sabe-se que os riscos à saúde relacionados à gravidez e ao parto são muito maiores em países em desenvolvimento do que nos países industrializados (UNICEF, 2009).

Nesse sentido, as estatísticas relativas às mortes de RN em regiões em desenvolvimento, segundo dados da OMS (Organização Mundial da Saúde) de 2004, revelam que as chances de uma criança morrer nesses países é 14 vezes maior em relação às de uma criança nascida em um país industrializado (UNICEF, 2009).

De acordo com os dados do Relatório de Ação Global da OMS sobre o nascimento prematuro, cerca de 15 milhões de bebês nascem prematuramente todo ano, ou seja, um a cada 10 bebês nascidos no mundo todo. As mortes no período neonatal, definidas como aquelas que acontecem no primeiro mês, são responsáveis por 40% de todas as mortes de crianças com idade menor do que cinco anos, sendo a prematuridade, a segunda principal causa de todas as mortes de crianças, após a pneumonia (MARCH OF DIMES et al, 2012).

O Brasil tem firmado compromissos internos e externos para a melhoria da atenção à saúde da gestante e do RN, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a).

Adicionalmente, no cenário internacional, o Brasil assumiu compromissos em relação aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio 4 (ODM 4). Entre estes objetivos, destaca-se a busca da redução da taxa de mortalidade infantil, de modo a alcançar, entre 1990 e 2015, uma redução de dois terços na mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade. Em 2008, a taxa de mortalidade no Brasil era de 22,8 óbitos por mil nascidos vivos (NV). Segundo a meta definida pelos ODM 4, esta taxa deverá ser reduzida para



17,9% óbitos por mil NV até 2015. Uma vez que reduções consistentes vêm ocorrendo em todas as regiões do país, é possível que o Brasil atinja a meta almejada antes do prazo.

No Brasil, a maior causa de mortalidade infantil está relacionada às condições perinatais, destacando-se a prematuridade (SILVEIRA et al., 2008). Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao RN tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país (BRASIL, 2011a).

Neste contexto a assistência à saúde tem direcionado suas ações com base em métodos mais resolutivos, que primem pela qualidade e com foco em uma assistência mais humanizada. Em se tratando da assistência em neonatologia, essas ações tem se mostrado eficazes, refletindo positivamente nas taxas de sobrevivência de RN em condições de alto risco, destacando-se aqui os recém-nascidos pré-termos (RNPT) (DUARTE et al., 2010).

Segundo a OMS, é considerado pré-termo, e, ou prematuro, o RN com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas, e baixo peso, o RN com peso inferior a 2500g ao nascer, podendo ou não ser prematuro na dependência da IG. Esta mesma classificação estabelece como muito baixo peso, o RN com menos de 1500g e como extremamente baixo peso, aquele com peso de nascimento inferior a 1000g (MARCONDES et al., 2003).

Há que considerar-se que, o parto com menos de 37 semanas de gestação ainda constitui a causa direta de 27% das mortes dos RN. Nestes contextos os bebês acabam sendo vítimas de muitos contratempos: têm maior dificuldade em receber a alimentação, dificuldade na manutenção da temperatura corporal em níveis normais, além de serem mais propensos a infecções do que os bebês que nascem a termo (UNICEF, 2009).

Nos partos prematuros, principalmente antes das 32 semanas de gestação, ficam acentuados os riscos de complicações, dentre os quais se destacam os problemas respiratórios, em virtude da imaturidade pulmonar, os riscos de sangramento intraventricular relacionado à imaturidade dos capilares cerebrais, além da maior susceptibilidade à infecção em função do sistema imunológico imaturo (TAMEZ; SILVA, 2009).

Com base nestes aspectos, a criança prematura é considerada frágil e, por ser imatura fisiologicamente, necessita de uma assistência materna capaz de protegê-la destes agravos, reduzindo os riscos de morbidade e prevenindo o aparecimento de seqüelas

decorrentes da prematuridade. O sucesso para a sobrevivência de um bebê pré-termo depende de um conjunto de boas regras e práticas, ou seja, de uma adequada condução da assistência a ser prestada nos primeiros dias de vida, tanto em regime hospitalar como no contexto familiar (REICHERT; COSTA, 2001).

O surgimento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) possibilitou a provisão de um cuidado especializado ao RN enfermo, por meio da disponibilização de técnicas, procedimentos, equipamentos modernos e tecnologia avançada à serviço desta clientela (TAMEZ; SILVA, 2009). Contudo, tais avanços não consideraram a possibilidade de incluir a família como participante ativa deste processo de recuperação do neonato.

A experiência de ter um filho na UTI (seja prematuro ou gravemente enfermo) é considerada um momento de difícil superação na vida dos pais (TAMEZ; SILVA, 2009). Os membros da família experimentam uma sensação de perda (KENNER, 2001a), sentem-se distantes do seu próprio bebê e desprovidos de capacidades que lhes permitam enfrentar a situação em questão. Tais reações são comuns, ao considerar-se que a internação, via de regra, acontece de forma inesperada, expondo a família a uma mudança brusca em sua rotina e estrutura.

Neste contexto, o primeiro momento compartilhado entre pais e filhos no ambiente neonatal produz questionamentos e incertezas sobre o que aconteceu de errado, ou ainda sobre quem é o culpado pela situação que estão vivenciando (SOUZA; SILVA; GUIMARÃES, 2008). Isso tudo faz aflorar muitas angústias e a sensação de impotência em relação à condição do filho, delineando assim um período de crise.

O nascimento prematuro é compreendido pela sociedade como um acontecimento cercado de sentimentos e pensamentos negativos, pois é contrária a festividade do nascimento de um bebê a termo (TRONCHIN, 2003).

É justamente em função de tais peculiaridades que o cuidado centrado na família em UTIN vem, cada vez mais, conquistando credibilidade, como estratégia das instituições preocupadas com uma assistência mais humanizada e adequada aos bebês prematuros e/ou doentes.

O incremento do aporte tecnológico disponibilizado pelas UTIN têm corroborado para a gradativa redução do tempo de hospitalização dos neonatos. Tal fato gera efeitos positivos no que diz respeito à alta mais precoce, a redução dos custos relativos à prestação de um atendimento especializado e a possibilidade de retorno ao lar em menor tempo. Por outro lado, em função do menor período de internação e permanência dos RN nas unidades

neonatais, ocorre também a redução do tempo disponível da equipe multiprofissional para o estabelecimento de uma relação terapêutica mais efetiva junto à família (KENNER, 2001).

Este contexto implica, ainda, numa menor disponibilidade do enfermeiro no que se refere ao exercício de atividades de orientação e preparo da família para a alta hospitalar. Há pois, que implementar uma sistematização e organização do tempo, uma vez que um período de internação menor não dispensa a necessidade de um plano de alta adequado (KENNER, 2001), com vistas a garantir a continuidade da assistência domiciliar.

Nesta perspectiva, o distanciamento entre profissionais e famílias, que outrora predominava nas unidades neonatais, vem aos poucos sendo modificado e dando lugar a outros cenários. O hospital, e em especial as unidades voltadas ao cuidado a pacientes críticos, sempre se caracterizaram por certa “frieza” das relações. Cena comum nesses locais era ver, de um lado, os prestadores de cuidados, isolados em sua redoma de conhecimentos, concentrados no exercício específico e complexo de seu ofício e, de outro, pais atônitos e muitas vezes privados de se aproximarem, cuidarem e acalentarem seus filhos. Mais que a fragilidade ou vulnerabilidade dos bebês nestas circunstâncias, o empecilho maior parecia ser a própria forma de organização desses serviços e o *status quo* predominante neste meio.

Na atualidade, tal cenário vem sendo substituído por outros, em que se percebe o envolvimento gradativo e a inserção das famílias no cuidado ao RN. A inclusão das famílias no processo de cuidar de seus bebês propicia, assim, a redução do distanciamento entre a equipe de saúde e sua clientela, ao mesmo tempo em que reforça o paradigma da humanização, por meio do incentivo à formação do vínculo e da promoção do apego entre os familiares e o prematuro (COUTO; PRAÇA, 2009).

A alta hospitalar para os pais do bebê de alto risco é um momento, ao mesmo tempo almejado ao longo de toda a internação, mas também de muito estresse. Durante semanas, e até mesmo meses, os pais são levados a sentirem-se seguros com relação aos cuidados prestados a seus filhos. Este sentimento dos pais é alimentado ao observarem que os cuidados são integralmente assumidos por profissionais devidamente capacitados e treinados para esta função, e aptos, portanto, a detectarem e resolverem precocemente qualquer problema ou intercorrência (TAMEZ; SILVA, 2009).

Nesse sentido, a alta passa a representar para as famílias, também um momento de perda desta retaguarda e apoio especializados. Para sanar tal dificuldade e de modo que,

por ocasião da alta hospitalar, os pais estejam aptos a cuidarem de seu filho em casa, de maneira efetiva e segura, o planejamento da alta e o preparo dos pais devem acontecer precocemente e, de preferência iniciado tão logo a criança seja admitida na unidade (TAMEZ; SILVA, 2009). O processo de preparo deve ainda, considerar a condição clínica da criança e o estado psico-emocional dos pais, de modo a consolidar um processo de construção gradativa de autonomia para o cuidado.

A alta de uma criança da UTIN é considerada um processo complexo para os cuidadores, para as famílias e para o Sistema de Saúde (LOPES; MOTA; COELHO, 2007). Ademais o momento da alta não retrata uma completa recuperação, demandando muitas vezes, a continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar, para que haja o completo sucesso do tratamento e recuperação da criança. Nesta perspectiva, a fragmentação dos cuidados sequenciais pós-alta pode resultar em reinternação (SILVA; RAMOS, 2011).

O papel do enfermeiro no processo de alta é o de proporcionar assistência desde a internação, educando o paciente e a família (MIASSO; CASSIANI, 2005). Um preparo de alta materno, realizado de forma eficiente, assegura a continuidade da assistência hospitalar no domicílio (DUARTE et al., 2010).

Entretanto, e muito embora a rotina de profissionais de enfermagem na unidade neonatal proporcione inúmeras oportunidades de encontro com os pais e, principalmente com as mães dos RN hospitalizados, ainda persistem lacunas no que tange ao processo de preparo para a alta destas crianças e suas famílias.

Um estudo realizado no México mostrou que a visita dos pais/família aos RN internados é restrita e controlada rigorosamente, e que a participação da mãe no cuidado direto ao bebê prematuro também é limitada (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007).

Percebe-se assim neste contexto e, não obstante os avanços em prol de uma assistência mais humanizada, a persistência de algumas resistências que impedem o envolvimento mais pleno e efetivo das famílias no processo de assistir e acompanhar seus filhos internados. Tais resistências, derivadas da falta de conhecimentos por parte da equipe de profissionais ou decorrente da inexistência de uma filosofia de cuidados mais holística e voltada à família, acabam por dificultar significativamente as atividades de orientação para o cuidado e a alta, repercutindo na qualidade da assistência prestada.

Desde o princípio do processo assistencial, portanto, devem ser encontrados meios para facilitar e incentivar o envolvimento dos pais nos cuidados ao bebê, promovendo um

relacionamento colaborativo, e fazer com que estes se sintam parte integrante no processo de trabalho e recuperação do (a) filho (a) (TAMEZ; SILVA, 2009).

Segundo Schmidt (2011), a experiência de diversas unidades neonatais corrobora a percepção de que o vínculo precoce e a inclusão da família nos cuidados prestados ao filho dentro da UTI, tornam a mesma mais confiante quando o bebê é transferido para a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e conseqüentemente mais segura para assumir o cuidado por ocasião da alta para o domicílio.

A inserção da família de forma compartilhada no cuidado à criança acontece no cotidiano, à beira do leito, mediante identificação de seus recursos cognitivos, potencializando-os com ações de educação em saúde, integradas à *praxis* do cuidado interdisciplinar.

Para que se efetive a inserção da família no ambiente hospitalar é fundamental envolvê-la na assistência, respeitando seus limites emocionais e suas habilidades, indo além de uma mera divisão de tarefas, mas compreendendo a dimensão social na qual ela será inserida. Além disso, é importante ter clara a definição de família, considerando-se os fatores legais, biológicos, psicológicos e sociais (ISSI; SCHENCKEL; LATUADA, 2007).

Um estudo realizado em 2008 com 12 membros da equipe de enfermagem que prestavam assistência ao RNPT apontou alguns contratempos no processo de preparo para a alta, dentre os quais se destacava a falta de padronização das informações e o tempo restrito dispensado para as orientações (DUARTE et al., 2010).

Em outra pesquisa realizada com o objetivo de identificar as ações de enfermagem em relação ao preparo da alta hospitalar de bebês prematuros em unidades neonatais, bem como as dificuldades desta prática, evidenciou que as principais ações foram o incentivo ao aleitamento materno, cuidados com a higiene do bebê e vacinação, além do incentivo ao vínculo afetivo. Dentre as dificuldades descritas no estudo, destacaram-se os problemas de relacionamento entre profissionais e a família, insegurança dos pais em realizar cuidados e intervenção dos pais nos cuidados. Tais aspectos corroboravam a idéia acerca da necessidade de uma padronização das ações de preparo para a alta, como fator essencial à efetividade da assistência prestada (SCHIMIDT et al., 2011).

Com base nestes pressupostos e, tendo como motivador fundamental, a experiência da pesquisadora no contexto da atenção neonatal, pretende-se com a implementação do presente estudo, contribuir para o processo de elaboração de diretrizes para a prática da orientação sistematizada das famílias de bebês prematuros. Assim, estas diretrizes,

configuradas a partir de um estudo de campo, e pautada nos pressupostos teórico-científicos sobre o tema, constituir-se-ão os pilares para a construção de um protocolo de orientação para a alta de RN prematuros.

Acredita-se que os benefícios dessa iniciativa serão extensivos às duas clientelas envolvidas neste cenário assistencial, quais sejam: às famílias, em função da promoção de uma atenção pautada em suas reais necessidades de educação para o cuidar; e aos profissionais da equipe de saúde, por meio da disponibilização de parâmetros que otimizem o processo assistencial, sem perder de vista a humanização e individualização deste cuidado.

## 2 OBJETIVOS

- Descrever o processo de desenvolvimento de um protocolo de alta hospitalar do bebê pré-termo.
- Identificar, por meio de levantamento da percepção das famílias de prematuros participantes, os impactos de um procedimento de orientação/ preparo de alta principalmente no que tange ao cuidado domiciliar prestado ao bebê prematuro.
- Descrever as ações ou práticas de orientação e de apoio implementadas pela equipe de saúde, percebidas como capazes de facilitar ou dificultar o processo de cuidado domiciliar prestado pelas famílias ao bebê prematuro pós-alta hospitalar.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Para a implementação deste estudo, e de forma a alcançar os objetivos propostos, optou-se pela pesquisa qualitativa descritiva-exploratória. A abordagem qualitativa foi utilizada considerando a sua aplicação no que concerne:

Ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões pessoais, resultados das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos e também como os indivíduos expressam seus sentimentos e pensamentos (MINAYO, 2010, p. 57).

Para Trentini e Paim (2004), a pesquisa qualitativa estuda o fenômeno em partes, permitindo-se chegar ao conhecimento do “todo” pelo acúmulo de conhecimentos, ao mesmo tempo em que valoriza a subjetividade. A informação oferecida pelos participantes é o ponto inicial, a partir do qual o pesquisador começa a conceitualizar, e de tal forma a buscar esclarecer os padrões emergentes das interações entre pesquisador-participante (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na pesquisa descritiva, o pesquisador que conduz a investigação observa, conta, descreve e classifica o fenômeno, enquanto que na fase exploratória ele se aprofunda muito mais, investiga a sua natureza complexa e outros fatores com os quais ele está relacionado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Segundo Trivinos (1987, p. 128) “a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave”.

Os pesquisadores que fazem sua opção por este método tendem a valorizar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana em todas as suas complexidades, numa tentativa de apreender tais aspectos em uma totalidade, no contexto daqueles que os estão vivenciando. Este método é baseado no fato de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis de serem alcançados com a descrição da experiência humana, da verdadeira forma de como ela é vivida e também definida por seus próprios atores (TOMASI; YAMAMOTO, 1999).



### 3.2 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA)

Dentre as abordagens qualitativas, elegeu-se para este estudo a pesquisa do tipo convergente assistencial (PCA). Esta metodologia, considerada relativamente nova, teve a sua trajetória iniciada na década de 1980, originando-se em decorrência de uma disciplina do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Santa Catarina. Desde então, a PCA vem sendo utilizada efetivamente e, com êxito, somente a partir de 1989 (TRENTINI; BELTRAME, 2006). Vários estudos utilizaram-se deste referencial metodológico no decorrer de dez anos, a partir da data de sua primeira publicação, em 1999, concentrando-se principalmente no âmbito da Pós-Graduação *Stricto sensu* (PAIM et al., 2008).

A escolha da PCA, como referencial metodológico, está relacionada à praticidade de sua aplicação, uma vez que integra métodos de pesquisa científica com a prática assistencial de enfermagem (TRENTINI; PAIM, 2004). O foco da PCA está na síntese criativa do processo associativo da abordagem e prática de enfermagem, desenvolvidas em caráter de simultaneidade (PAIM et al., 2008).

Uma das peculiaridades deste tipo de pesquisa consiste na sua articulação intencional com a prática assistencial. Nesse sentido, as práticas de assistência vão sendo inseridas no processo de pesquisa, bem como a situação inversa (Figura 1). Essa proximidade e afastamento entre a PCA e a assistência permitem trocas recíprocas de múltiplas informações ao longo de ambos os processos, como se fossem movimentos de uma dança (PAIM et al., 2008).

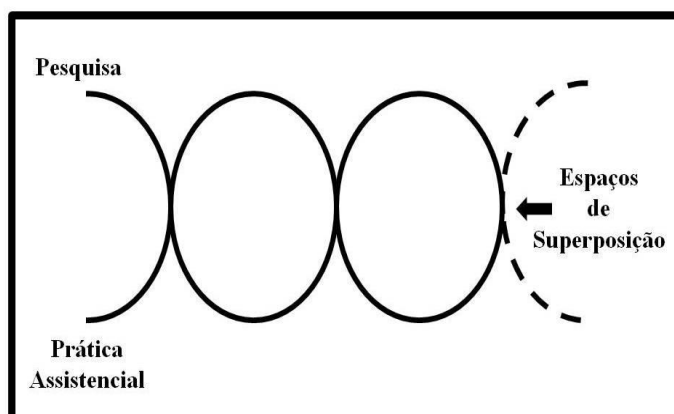


Figura 1 – Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição destas atividades.

Fonte: Trentini e Paim (2004, p. 73).

A articulação da PCA com a prática assistencial acontece principalmente de modo presencial, ainda mais expressiva durante a coleta de informações, pois é nesta fase que os pesquisadores e participantes se envolvem durante a assistência e também na pesquisa. Esta metodologia é destinada a ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal de determinada prática, pois os pesquisadores desenvolvem paralelamente pesquisa e atividades práticas de saúde, com o objetivo de promover mudanças qualificadoras daquela assistência (PAIM et al., 2008).

Os critérios para a seleção da amostra neste tipo de pesquisa não são rígidos, uma vez que a valorização recai sobre a representatividade, em termos de profundidade e diversidade das informações. A amostra deverá ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e, dentre estes, por aqueles munidos de condições para contribuir com informações que facilitem o alcance dos objetivos, e conseqüentemente, a resolutividade do problema em estudo. A amostra deste tipo de estudo, geralmente, é pequena, pois deverá estar de acordo com as condições do espaço assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004).

A trajetória da PCA inclui as seguintes fases (TRENTINI; PAIM, 2004):

**Concepção:** caracteriza-se pela escolha do tema da pesquisa, que deve emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador. Portanto, o tema deve ser escolhido a partir dos problemas observados pela maioria das pessoas atuantes na situação.

**Instrumentalização:** consiste em traçar os procedimentos metodológicos que incluem: a escolha do espaço da pesquisa, escolha dos participantes e escolha das técnicas para obtenção e análise das informações.

**Perscrutação:** inclui o conjunto de estratégias variadas utilizadas para a coleta dos dados, que nascem da criatividade do pesquisador, numa abordagem que deverá observar a compatibilidade de recursos e a adequação aos próprios métodos.

**Análise:** em função da PCA, investigar fenômenos do contexto da prática assistencial de Enfermagem, em sua maioria complexos e multifacetados, por incluírem dimensões de natureza humana e tecnológica. Este tipo de pesquisa pode lidar com os mais variados tipos de informações e com a necessidade de utilizar uma variedade de métodos e técnicas de análise. Os processos de assistência e de coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, o que facilitará a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, descobrindo formas de interpretação e os vazios que poderão ser preenchidos ao longo de todo o processo.

**Interpretação:** compreende três processos:

- *síntese*: é a parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações;
- *teorização*: o pesquisador desenvolve um esquema teórico, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese. O primeiro passo, geralmente, consiste em descobrir valores contidos nas informações, que auxiliarão a formular pressupostos e questionamentos;
- *transferência*: consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas, procurando contextualizá-los em situações similares, sem que esse processo venha a ser entendido como poder de generalização.

A utilização deste método no desenvolvimento da presente pesquisa de dissertação facilitou a aproximação junto às famílias, representadas fundamentalmente pelas mães dos RN hospitalizados. A opção metodológica considerou, ainda, o fato da pesquisadora integrar a equipe de enfermagem do serviço de Neonatologia, selecionado como *locus* do processo de assistência e de investigação em pauta.

Deste modo, além do preenchimento desta premissa básica da PCA, a coexistência de pesquisa e assistência num mesmo espaço físico e relacional permitiu a troca mais efetiva de informações, além do compartilhamento de experiências entre pesquisador e pesquisado de forma natural, pautado especialmente no vínculo construído a partir do cuidar.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participaram do estudo sete mães de RNPT internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) do Hospital Universitário de Maringá (HUM), no período de outubro de 2010 a fevereiro de 2011, e que atendiam aos seguintes critérios de inclusão:

- ser mãe/pai e ou família cuidadora de RNPT;
- o RN estar internado na UTIN e ou UCI com tempo de permanência mínima de três dias (72h);
- o RN ter peso de nascimento igual ou superior a 1.500g.

- ser residente no município de Maringá ou região pertencente à 15ª Regional de Saúde do Paraná;
- ser alfabetizado ou saber escrever.

Os sujeitos foram incluídos no estudo de acordo com a ordem de internação, e de forma randomizada, em função da capacidade de acompanhamento da pesquisadora.

O encerramento da inclusão de sujeitos no estudo se deu na medida do alcance dos objetivos propostos, e na observação da reincidência (repetição e saturação) de respostas e informações obtidas. Neste momento, o número de sujeitos no estudo era então considerado adequado. Entende-se por adequação que a qualidade e a suficiência das informações obtidas dentro do contexto devem ser relevantes e completas (MORSE, 1991). Ademais, e, em se tratando de pesquisa de natureza qualitativa, a concordância e discordância de respostas devem ser igualmente valorizadas, enquanto expressões da subjetividade dos indivíduos e situações investigadas. Nesta perspectiva, é preciso relevar e não desprezar informações ímpares, cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta, bem como apreensão e diferenças (MINAYO, 2010).

### 3.4 LOCAL DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO E SEU CONTEXTO

A pesquisa foi realizada no HUM, tendo como ponto de partida e abordagem dos sujeitos, a UTIN e UCI, com seguimento do acompanhamento na enfermaria de cuidados mínimos (ECM) do setor pediátrico. Além do acompanhamento no âmbito hospitalar, ao longo do processo de internação dos RN, foi realizado o seguimento pós-alta, por meio da realização de uma visita domiciliar e um contato por ocasião do retorno do binômio ao ambulatório de especialidades do hospital.

De acordo com Trentini e Paim (2004), a escolha do espaço físico da pesquisa está ligada ao enfoque da pesquisa, podendo abranger mais de um espaço e este espaço é o local onde as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa acontecem. A escolha deste espaço envolve vários elementos: critérios lógicos, interação, conveniência e contatos que assegurem o sucesso do trabalho (MINAYO, 2010).

O HUM é um hospital público e de ensino, com um total de 123 leitos, que atende a população de Maringá e todos os demais 29 municípios da 15ª Regional de Saúde, absorvendo, ainda, pacientes vindos de outras cidades do Paraná, e dos Estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul. O hospital é referência para diversas especialidades e é mantido com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Governo Estadual.

A UTIN deste hospital foi inaugurada em 1998, dispondo atualmente de seis leitos de Cuidados Intensivos Neonatais e quatro leitos de UCI, localizados em espaço físico próximo à maternidade. O serviço é voltado ao atendimento de crianças a termo e prematuras, incluindo prematuros extremos, que dependem de equipamentos de suporte e cuidados intensivos para sobreviverem. A transferência destas crianças para a UCI se dá de acordo com a melhora clínica e estabilidade do quadro, ou em casos de superlotação da UTIN, observados os critérios de segurança e adequação.

Na UCI, são admitidas crianças provenientes da UTIN, já estabilizadas, ou RN menos graves nascidos no próprio hospital, e dependentes de cuidados específicos como suporte de O<sub>2</sub> inalatório, nutrição parenteral e em uso de antibióticos. Nesta unidade, a participação da mãe é bem mais frequente, em decorrência das melhores condições clínicas das crianças. Na ECM, são admitidas crianças provenientes da UTIN E UCI, para ganho de peso, transição para amamentação plena e finalização da antibioticoterapia, bem como RN provenientes da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) (nascidos em outras instituições e localidades). No presente estudo não foram incluídas as crianças internadas na ECM provenientes da UTIP, pela não-adoção da mesma sistemática de cuidados neonatais naquele setor. Assim, o acompanhamento na ECM abarcou apenas o seguimento dos RNs previamente incluídos no estudo na UTI e UCI.

A UTIN atende RN de 0 a 28 dias de vida, admitidas internamente: - crianças nascidas no próprio hospital; ou externamente - crianças oriundas de outras instituições ou cidades, sejam estas pertencentes a 15ª Regional de Saúde ou de outras macrorregiões, via central de regulação de leitos do Estado do Paraná.

A equipe multidisciplinar do serviço de neonatologia é composta por médicos intensivistas, residentes de pediatria, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudióloga. Outros profissionais, como nutricionista, assistentes sociais e psicólogos, prestam seus serviços de acordo com a necessidade do setor, estendendo sua atuação aos demais setores do hospital.

Durante a internação do RN, os pais são liberados para visitar seus filhos no período entre 08 e 22h e os demais familiares, em horários pré-estabelecidos do período

vespertino (entre 16h10min e 17h), sendo autorizada a entrada de duas visitas para cada RN. Em situações especiais, a permissão para visita fora destes horários é avaliada pelas enfermeiras responsáveis pelo turno em questão.

### 3.5 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

#### 3.5.1 Preparo do campo

Antes da implementação da coleta dos dados, a equipe foi informada sobre a pesquisa, por ocasião de uma reunião setorial realizada mensalmente na unidade. Nesta ocasião, os profissionais do setor foram devidamente informados acerca da realização da pesquisa, tendo sido apresentados os objetivos do estudo, critérios de inclusão dos sujeitos e a data de início da coleta dos dados.

Esta atividade de esclarecimento e anuência permitiu a colaboração de membros da equipe, por meio da notificação em seus respectivos turnos de trabalho, quanto à chegada dos pais na unidade, dispensando assim, a necessidade da permanência integral da pesquisadora no serviço. Alguns ajustes da rotina de trabalho também foram implementados, no sentido de facilitar as atividades de orientação dos pais pela pesquisadora, como por exemplo, o horário e a dia do banho do bebê.

A partir do primeiro contato e abordagem das famílias, e obtenção de suas respectivas anuências para inclusão no estudo, os contatos seguintes se tornaram mais fáceis, pois eram agendados previamente pela pesquisadora, pessoalmente ou por telefone.

#### 3.5.2 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2011, pela observação do participante, registro em diário de campo da pesquisadora e entrevistas. Os dados de registro da pesquisadora foram complementados com a utilização de diários

individuais pelas mães, para que as participantes procedessem ao registro pessoal de toda a experiência da hospitalização e alta. Além da implementação da PCA, registrada nos referidos diários, foram realizadas entrevistas após a alta hospitalar, no ambiente domiciliar e no ambulatório de especialidades do hospital.

O primeiro contato com a mãe foi realizado durante a visita materna à unidade neonatal e uma vez obtido o aceite em participar do estudo e registro da anuência em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), era preenchido um cadastro de identificação da mãe, do RN e de suas condições de nascimento (APÊNDICE B). Para cada mãe, foi fornecido um diário de campo (caderno, caneta, lápis e borracha) para o registro dos acontecimentos diários (APÊNDICE C), desde o período de internação, alta e adaptação pós-alta. As mães foram assim instruídas a registrar todo o processo assistencial e educativo realizado no âmbito hospitalar, bem como suas percepções acerca da evolução do RN e os sentimentos vivenciados ao longo de todo o acompanhamento e participação na pesquisa. A orientação era no sentido de estimular a anotação e preenchimento diário pelas mães, de maneira a evitar que algum detalhe importante fosse esquecido. As anotações eram revisadas pela pesquisadora durante os encontros, objetivando incentivar as participantes para a continuidade desta prática de registro.

A partir do primeiro contato, eram programados os encontros seguintes, uma vez que muitas mães não permaneciam em tempo integral dentro da unidade e algumas residiam em outros municípios, dependendo em sua maioria, do transporte público para a viabilização das visitas.

Vencida esta etapa, a mãe era gradativamente inserida nos cuidados ao RN, de forma sistematizada e adaptada às demandas e necessidades individuais, sempre com a observância do ritmo de aprendizagem de cada participante. Durante sua permanência no setor, eram efetuadas orientações diversas, com demonstração dos cuidados, bem como por meio do incentivo à sua participação ativa no processo de cuidar. Esta etapa mostrou-se um período extremamente rico para a consolidação do vínculo afetivo do binômio e para a conquista da segurança materna para o cuidar. Este processo contribuiu ainda para a construção de uma relação de confiança entre a profissional pesquisadora e as mães, pautada na troca frequente e continuada de informações e ideias, e na exploração de soluções para os problemas encontrados, que eram sanados paulatinamente durante o processo de ensino-aprendizagem.

Deste modo, cada encontro era utilizado como subsídio da avaliação continuada deste processo, embasando a programação para o encontro seguinte. O sequenciamento das orientações se baseou em protocolos de alta adotados por outros serviços de neonatologia (APÊNDICE D), bem como nas necessidades de instrução emanadas espontaneamente ao longo dos encontros com as mães do estudo. O diário materno era recolhido periodicamente para a realização de cópia xerográfica, compondo assim o arquivo de dados e registros da pesquisadora.

Para Trentini e Paim (2004), os diários são destinados a registrar observações referentes a outras pessoas ou a contextos sociais, sendo considerado de grande utilidade na interpretação e discussão dos resultados.

A observação participante constitui-se em elemento fundamental dentro da pesquisa de campo, pela especificidade de captar uma variedade de fenômenos de uma situação social (MINAYO et al., 1994). O observador participante toma parte no funcionamento do grupo em estudo, procurando observar e registrar as informações dentro dos contextos, experiências e símbolos relevantes aos participantes, assumindo um papel participativo, que lhe permite visualizar o que teria escapado a um observador menos atento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na segunda fase após a alta hospitalar do RN, foram realizados dois encontros em momentos distintos: o primeiro, no domicílio, entre 3 e 5 dias após a alta, e o segundo, no retorno do binômio para a consulta no ambulatório de especialidades do hospital, realizado uma semana após a alta, em conformidade à agenda da instituição.

No primeiro encontro, efetuado no domicílio das famílias, era realizada uma entrevista seguindo um roteiro semiestruturado, cujo propósito era o de verificar se as orientações recebidas durante a hospitalização foram suficientes e eficazes para a viabilização do cuidado do RN no domicílio. Esta entrevista foi registrada pela pesquisadora em gravador digital, e acompanhada de anotações realizadas durante a visita. Na medida em que eram identificadas dificuldades remanescentes do processo instrucional efetuado no hospital, outras orientações foram efetivadas durante a visita domiciliar, complementando assim o preparo das mães para o cuidado no lar.

O segundo encontro pós-alta efetivava-se por ocasião do retorno do binômio ao ambulatório de especialidades do hospital, quando era realizada uma entrevista informal com o objetivo de complementar as informações coletadas durante as etapas precedentes. Naquele dia, os diários das mães eram recolhidos e xerografados pela última vez e, em



seguida, devolvidos às participantes do estudo como recordação da experiência compartilhada.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Em função da PCA possibilitar a utilização de uma variedade de métodos para análise das informações ou dados coletados, para este estudo, optou-se pela utilização do referencial metodológico da análise de conteúdo de Bardin (2010), na modalidade de análise temática. Este é definido como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010, p. 44).

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos que são manifestados naquele material (MINAYO, 2010). Tal análise procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (BARDIN, 2010).

Dentre as diferentes etapas da análise de conteúdo ocorre o desdobramento de três grandes polos (BARDIN, 2010):

- 1) **Pré-análise:** nesta fase ocorre a escolha dos documentos a serem analisados e a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. As tarefas principais desta fase são: *Leitura flutuante:* consiste em tomar contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo; é deixar-se invadir por impressões e orientações; *Constituição do “corpus”:* organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro), representatividade (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores), pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho). Segue-se a isso um

processo de decomposição do “corpus” em unidades de registros menores ou itens. Estes podem ser decompostos em parágrafos, frases e/ou palavras. *Formulação das hipóteses e objetivos:* processo que consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material, as indagações iniciais.

- 2) **Exploração do material:** visa alcançar o núcleo da compreensão do texto. Neste processo, cabe ao pesquisador não se restringir somente ao que está explicitado, mas procurar ir mais a fundo, desvelando mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente “silenciados”. O investigador busca encontrar categorias com base nas expressões ou palavras significativas, e em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.
- 3) **Tratamento dos resultados obtidos e interpretados:** os resultados obtidos são submetidos (tradicionalmente) a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões sugeridas pela leitura do material.

A partir da implementação deste processo analítico, os dados do presente estudo foram analisados e os resultados discutidos em profundidade por meio da estruturação de três artigos científicos, apresentados de modo a atender os objetivos previamente traçados para esta pesquisa de dissertação.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa da presente dissertação foi previamente analisado e aprovado quanto ao seu delineamento ético-metodológico. A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação da proposta pelo Centro de Assessoria Técnico Científico do HUM (ANEXO A) e pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP), conforme Parecer nº 296/2011 (ANEXO B).

Durante a abordagem das mães eram apresentados e esclarecidos os objetivos do estudo, salientando garantias e direitos, bem como a liberdade de desistir em qualquer fase da pesquisa. Uma vez efetuada tal instrução, aquelas mães que aceitaram participar do estudo assinaram o TCLE em duas vias de igual teor, e em conformidade às normativas éticas vigentes.

Em todas as etapas do estudo foram observadas e respeitadas as diretrizes estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e resoluções complementares.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 ARTIGO 1

#### **INTERNAÇÃO DE PREMATUROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: VIVÊNCIAS MATERNAS\***

#### **HOSPITALIZATION OF PRETERM INFANTS IN NEONATAL INTENSIVE THERAPY UNIT: MATERNAL EXPERIENCES**

#### **INTERNACIÓN DE PREMATUROS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: VIVENCIAS MATERNAS**

**Título abreviado:** Internação de prematuros: vivências maternas

**Marly Veronez**

Enfermeira. Especialista em Fisiologia Humana (UEM). Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Regional de Maringá. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PSE) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Maringá – Paraná – Brasil. marlyveronez@gmail.com.

**Ieda Harumi Higarashi**

Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Permanente do PSE/UEM – Maringá – Paraná – Brasil. ieda1618@gmail.com

**Correspondência:** Marly Veronez

Rua Pioneiro Darville Antonio Huergo, 1743 –Jardim Paris III  
CEP: 87083-210 - Maringá – PR –Brasil.  
Fone: (44) 8819607  
Email: marlyveronez@gmail.com

---

\* Artigo original extraído da Dissertação de Mestrado sob o título “Protocolo de alta de neonatologia: importância da ação educativa no contexto do cuidado ao bebê pré-termo”. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem (PSE) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) –Maringá – Paraná –Brasil.

## RESUMO

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido junto a sete mães de bebês hospitalizados nas unidades neonatais de um hospital escola do Paraná. O objetivo foi descrever as experiências maternas durante o período de internação e alta do filho recém-nascido, a partir dos registros das mães em diários de campo, no período de outubro a dezembro de 2011. Os dados foram organizados mediante análise de conteúdo, originando três categorias temáticas: A construção de laços afetivos na situação de prematuridade e hospitalização; Inserção materna no cuidado ao recém-nascido pré-termo e Alta hospitalar do bebê: expectativas da família. Os resultados mostram a importância de assistir adequadamente a mãe nesta fase inicial e crítica do bebê hospitalizado, destacando a importância do acolhimento e da orientação permanente para o cuidado e a saúde do neonato. Tal abordagem permite às mães, superar as intercorrências da internação, facilitando a alta e a adaptação domiciliar.

**Palavras-chave:** Relações mãe-filho. Prematuro. Enfermagem Neonatal. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

## ABSTRACT

A descriptive and exploratory study with a qualitative approach, developed with seven mothers of babies hospitalized in a neonatal intensive care unit of a University Hospital in Paraná State. The purpose was to describe mothers' view during hospitalization and discharge of their newborn infants, from mothers' statements collected from October to December 2011. Data was organized by content analysis originating three thematic categories: Bonding building in situation of prematurity during hospitalization; Inclusion of mothers in the premature baby care; and Discharge: family expectations. Results show the significance of properly assist mothers in this initial critical stage of hospitalization, highlighting the importance of support and continuous orientation regarding care and health conditions of the baby. Such approach allows mothers to overcome intercurrents of hospitalization, making the discharge and home adjustment easier.

**Keywords:** Mother-child relations. Premature. Neonatal nursing. Neonatal Intensive Care Unit.

## RESUMEN

Estudio descriptivo, exploratorio, de abordaje cualitativo, desarrollado con siete madres de bebés hospitalizados en las unidades neonatales de un hospital escuela de Paraná. El objetivo fue describir las experiencias maternas, a través del diario de campo, durante el período de internación y alta del hijo RN, entre octubre y diciembre de 2011. Los datos fueron organizados mediante análisis de contenido, originando tres categorías temáticas: La construcción de lazos afectivos en la situación de prematuridad y hospitalización; Inserción materna en el cuidado al recién nacido pretérmino y Alta hospitalaria del bebé: expectativas de la familia. Los resultados muestran la importancia de asistir adecuadamente a la madre en esta fase inicial y crítica del bebé hospitalizado, destacando la importancia del acogimiento y la orientación permanente para el cuidado y la salud del neonato. Tal abordaje permite, a las madres, superar las complicaciones de la internación, facilitando el alta y la adaptación domiciliar.

**Palabras clave:** Relaciones madre-hijo. Prematuro. Enfermería Neonatal. Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido (RN) de risco tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país (BRASIL, 2011a)<sup>(1)</sup>.

Quando o parto ocorre de forma inesperada e o bebê nasce prematuro, o sentimento de enlevo experimentado até então, característico de uma evolução harmoniosa do processo de gravidez, acaba sendo profundamente abalado, dando lugar a momentos de angústias e incertezas acerca do futuro. Tais mudanças afetam a dinâmica de toda a família, que passa a ter que lidar com todos os desafios inerentes à chegada de um bebê de risco, em função da sua imaturidade anatômica e fisiológica (RABELO et al., 2007)<sup>(2)</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado prematuro todo bebê nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas (MARCONDES et al., 2004)<sup>(3)</sup>. A sobrevivência desses RN de risco depende, entre outros fatores, de uma assistência adequada na fase crítica que se segue ao nascimento. Tal condição remete à necessidade de uma atenção especializada, podendo demandar inclusive, os cuidados e o suporte de uma unidade de terapia intensiva (UTI).

A hospitalização de um filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é uma situação que pode gerar danos emocionais para toda a família, principalmente para a mãe, tendo em vista as características peculiares deste ambiente (MELO et al., 2010)<sup>(4)</sup>.

Para a família, a ambiência hospitalar é estranha, pouco acolhedora e a possibilidade de perder o filho apresenta-se como uma ameaça sempre presente, interferindo substancialmente na construção de laços afetivos entre a mãe e o RN (GORGULHO; RODRIGUES, 2010)<sup>(5)</sup>.

O adentrar neste ambiente novo e assustador gera nos familiares e em particular na mãe do RN hospitalizado, uma sensação de desamparo (SCHMIDT et al., 2012)<sup>(6)</sup>.

Os pais, ao se depararem pela primeira vez com o filho internado na UTIN, revelam um distanciamento emocional e muitas vezes, uma percepção não realística da situação. Neste momento, as preocupações mais explicitadas pela família se referem às chances de sobrevivência do bebê, e às possíveis incapacidades que o mesmo venha a apresentar no futuro (TAMEZ, 2009)<sup>(7)</sup>.

Em função disso, algumas mães tendem a adiar a primeira visita a seu bebê, sentindo-se temerosas e inseguras em relação a esta realidade desconhecida. Há ainda, aquelas mães que, mesmo adentrando a unidade, demonstram hesitação em se aproximar dos filhos, evitando tocá-lo (CAMPOS et al., 2008)<sup>(8)</sup>.

Neste contexto, a equipe de enfermagem atuante na UTIN assume um papel importantíssimo, por meio do desenvolvimento de uma postura sensível e compreensiva em relação a esse momento de enfrentamento vivenciado pelas mães, auxiliando-as na transição dos sentimentos que emergem deste primeiro contato com seus filhos (GORGULHO; RODRIGUES, 2010)<sup>(5)</sup>.

Tais intervenções são justificadas em função da enfermagem se configurar como uma presença constante dentro do processo de internação, sendo responsável por uma fatia substancial do trabalho realizado com essas famílias. Em decorrência da própria especificidade do trabalho da enfermagem, esses profissionais presenciam todos os acontecimentos, sendo considerados como uma referência pelas famílias e pacientes.

A literatura aponta diversos estudos que abordam a temática da internação neonatal, bem como as experiências de pais e famílias dentro deste mesmo contexto. Porém, presume-se que, por meio do acompanhamento contínuo destas vivências, a partir do olhar materno e do registro ininterrupto das experiências em diário de campo, ser possível o desvelamento de uma perspectiva mais aprofundada acerca do fenômeno, que as entrevistas pontuais não conseguem contemplar em sua plenitude.

Considerando este contexto e, como resultado dos anos de experiência na área da neonatologia, em especial, tendo em vista o contato contínuo com a clientela formada pelos recém-nascidos pré-termo (RNPT) e suas famílias, surge a presente reflexão, pautada na valorização da presença familiar nesse cenário assistencial.

O presente estudo se justifica, portanto e fundamentalmente, na perspectiva de que a participação efetiva dos pais no processo de assistência aos bebês internados na UTIN tem o potencial de fortalecer a afetividade, capacitando-os para o cuidado intra-hospitalar e domiciliar, ao mesmo tempo em que contribui para a melhora clínica do RN.

Em assim sendo, o objetivo desta pesquisa foi descrever as experiências maternas vividas durante o período de internação e alta do filho RN, a partir dos registros contínuos desta vivência, efetuados pelas mães em diários de campo.

## METODOLOGIA

A proposta de elaboração desse protocolo se pautou na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) (TRENTINI; PAIN, 2004)<sup>(9)</sup>, fundamentada nas necessidades educativas e assistenciais referenciadas pelas mães, e na priorização de tópicos considerados mais importantes para a viabilização da assistência adequada à criança no ambiente domiciliar. O presente estudo, de caráter descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, teve como *locus* de realização, um hospital escola da região noroeste do Paraná, e que serve de referência para o atendimento de gestação de alto risco. O serviço de atendimento neonatal da instituição é composto por seis leitos de UTIN, quatro leitos de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e três leitos na Enfermaria de Cuidados mínimos (ECM), alocados no setor pediátrico e destinados à internação de RN oriundos da UTIN, UCI e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). A sistematização do cuidado neonatal se aplica à UTIN e UCI, razão pela qual estes dois setores foram selecionados para implementação do presente estudo.

A sistemática de atendimento prevê a possibilidade de acesso e permanência dos pais nas unidades entre 8 e 22h, com incentivo às mães para que permaneçam o maior tempo possível junto a seus filhos. A equipe atuante nestas unidades consta de enfermeiros assistenciais, técnicos em enfermagem, médicos, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, e nutricionistas. Também fazem parte da equipe, psicólogos e assistentes sociais, porém não são exclusivos destes serviços.

Os critérios de inclusão das participantes no estudo foram: serem mães de bebês com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas, peso de nascimento igual ou superior a 1500g e com tempo de hospitalização igual ou superior a 72h; serem residentes no município de Maringá ou na região de abrangência da 15<sup>a</sup> Regional de Saúde.

As mães foram convidadas e inseridas no estudo respeitando a ordem de internação e os convites feitos durante a hospitalização do RN, no período de outubro a dezembro de 2011. A partir da inclusão das mães no estudo, era oferecido um kit (diário/ caneta/lápis e borracha) para cada mãe, para registro de todos os acontecimentos na rotina diária desta, de sua família e bebê, durante toda a internação. Esse registro se estendeu ao período pós-alta, com recolhimento dos diários para transcrição nas consultas agendadas pelo ambulatório da instituição, ou nas visitas domiciliares da pesquisadora, com posterior devolução às



mães. Dos registros efetuados livremente pelas mães nos diários de campo, foi extraído o *corpus* do presente estudo.

O referencial metodológico selecionado para a análise dos dados foi a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2010)<sup>(10)</sup> na modalidade Análise Temática. Para tanto, após a transcrição de todos os registros efetuados pelas mães participantes em seus diários, os textos foram submetidos a várias leituras, passando pela leitura flutuante do conteúdo geral, até à leitura exaustiva e sistemática do *corpus*. Nesta fase, foram sublinhados segmentos dos textos, identificando-se os trechos que correspondiam aos objetivos do estudo, com a finalidade de agrupar os registros similares para codificá-los e após, organizá-los em categorias.

Com o objetivo de preservar a identidade das mães participantes do estudo, optou-se por denominá-las utilizando-se a inicial “M”, referente à mãe, seguida por um número arábico, em correspondência à sequência de inclusão das mesmas na pesquisa (M1, M2... M7).

O presente estudo foi desenvolvido após a análise e aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob o parecer nº296/2011, com a observância de todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Fizeram parte do estudo somente aqueles indivíduos que após, o esclarecimento sobre a forma e participação e direitos, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Conhecendo as mães e RN participantes do estudo**

Participaram do estudo sete mães, com idades entre 16 e 31 anos. Uma das mães participantes (M4), apresentava histórico de aborto anterior, aos cinco meses de gestação, e de parto prematuro seguido de óbito do neonato no mesmo hospital. Todas as mães convidadas aceitaram participar da pesquisa. O quadro 1 apresenta a caracterização das mães participantes do estudo.

Mãe	Idade	Estado civil	Tipo Parto	Outros filhos	Grau de instrução	Religião	Residência da mãe
M1	16	União estável	N	0	Médio Incompleto	Católica	Região
M2	31	Casada	C	1	Sup. Incompleto	Católica	Maringá
M3	20	Solteira	C	0	Médio Completo	Evangélica	Maringá
M4	24	Casada	C	1	Médio Completo	Católica	Região
M5	28	Casada	C	1	Médio Completo	Católica	Região
M6	20	União estável	C	0	Médio Completo	Católica	Região
M7	30	Casada	N	1	Médio Incompleto	Católica	Região

N: parto normal; C: parto cesariana.

Quadro 1 – Caracterização das mães dos RN internados na UTIN e UCIN participantes do estudo nos meses de outubro a dezembro de 2011, Maringá – PR.

Em relação aos RN, a IG de nascimento variou de 31 a 36 semanas, e o peso ao nascer, de 1560g a 2460g. O tempo de hospitalização dos RN variou de 10 a 49 dias. Houve um caso de malformação congênita (Gastrosquise), resultando em maior tempo de internação. No quadro 2 são apresentadas as características dos RN.

RN	IG do nasc.	Peso de nasc.	Sexo	Principais diagnósticos	Dias internação UTI	Dias internação na UCI	Dias de internação na ECM	Total dias intern.
RN1	31 s	1750g	M	SDR	10	6	8	24
RN2	33s	1740g	M	SDR	13	5	8	26
RN3	36s	2110g	F	Gastrosquise	36	8	5	49
RN4	32s	1560g	F	Taquipnéia adaptativa + PIG	4	21	9	34
RN5	36s	2460g	M	Infecção neonatal + DPP	8	0	2	10
RN6	35s	2040g	M	Infecção neonatal	18	10	5	33
RN7	36s	1905g	F	Taquipnéia adaptativa	0	11	3	14

SDR: Síndrome o desconforto respiratório; PIG: Pequeno para idade gestacional; DPP: Descolamento prematuro de placenta.

Quadro 2 – Dados referentes aos RN das mães participantes do estudo nos meses de outubro a dezembro de 2011 – Maringá – PR.

A confecção dos diários, efetuada de forma livre e sem roteiro específico, permitiu que cada participante se utilizasse deste instrumento de forma diferente, sem que com isso, deixasse de alcançar de forma plena os objetivos traçados no estudo. Da análise dos dados foi possível o delineamento de três categorias temáticas, que retratam a trajetória dessas mães no acompanhamento de seus filhos prematuros, do diagnóstico ao retorno para o lar:

A construção de laços afetivos do binômio mãe e filho na situação de prematuridade e hospitalização; inserção materna no cuidado ao RN pré-termo; alta hospitalar do bebê: expectativas da família.

### **A construção de laços afetivos do binômio mãe e filho na situação de prematuridade e hospitalização**

A gravidez é um momento de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis por ela exercidos. Nessa fase, pensamentos inconscientes podem tornar-se conscientes ou surgir camuflados sob a forma de sonhos e sintomas (PICCININ et al., 2008)<sup>(11)</sup>. É comum à gestante se deparar com sentimentos ambivalentes em relação a um bebê que ainda não conhece, mas que já faz parte da sua vida (MELO et al., 2010)<sup>(4)</sup>. Este período de expectativa e ambiguidade torna estas mulheres mais sensíveis, bem como apreensivas e atentas a qualquer alteração que possa de alguma forma interferir na tranquilidade da sua gestação. A necessidade de procura pela assistência médica não programada, neste contexto, desperta na gestante o receio acerca da possibilidade do parto acontecer antes do tempo esperado, contribuindo para o aumento do desequilíbrio emocional e dos níveis de ansiedade, em função da potencial ameaça de que a saúde do filho possa vir a ser comprometida.

*[...] fiquei internada para controlar a pressão, sem saber o que ia acontecer; muito assustada eu chorava o tempo todo, medo que minha neném nascesse antes da hora e que DEUS tirasse ela de mim (Diário materno - M4).*

*Eu cheguei ao hospital para fazer um ultrassom, mas no fundo, eu já sabia que o 'bebê' ia nascer. Só não esperava ser no mesmo dia e nem que ele fosse para UTIN. Foi um desespero muito grande, fiquei com medo de tudo (Diário materno - M2).*

O parto prematuro leva a família a viver momentos de tristeza, angústia e dor, no enfrentamento de um período de dias difíceis, com a hospitalização do filho na unidade de cuidados intensivos (COSTA et al., 2009)<sup>(12)</sup>. A notícia da internação do filho RN desfaz os sonhos acalentados durante toda a gestação. A mãe se sente frustrada, por vezes infeliz ou mesmo culpada, procurando respostas que justifiquem aquela situação. Diversos sentimentos negativos costumam aflorar nessa fase, delineando um cenário de desarmonia,

tendo em vista que os planos antes tão certos já não mais existem, levando a mãe a vivenciar outras fantasias, que retratam a perda do sonho idealizado.

*Quando acordei e vi o meu bebê na UTI eu não parava de chorar, para mim era o fim do mundo, é uma sensação muito ruim que você não consegue pensar coisas boas (Diário materno - M2).*

O enfrentamento dessa situação é mais difícil quando a internação é necessária logo após o nascimento (SCHMIDT et al., 2012)<sup>(6)</sup>, pois todos os planos almejados são desfeitos. A mãe se depara assim, com uma situação jamais imaginada, e a vivência da maternidade nesse cenário gera sentimentos de medo e insegurança.

*Quando nasceu, já foi para a neonatal. Aí vieram os sentimentos de insegurança, o medo (Diário materno - M7).*

Em estudo realizado com 13 mães em uma UTIN do município de Bauru, São Paulo, mostrou que os sentimentos das mães ao receberem a notícia de que o filho seria internado na UTIN, foram de preocupação e angústia (77%), tristeza e desespero (69%), e que a ansiedade estava presente em 61,5% das mães entrevistadas (MELO et al., 2010)<sup>(4)</sup>.

A sensação de perda do filho é outro elemento muito presente nos primeiros dias de internação na UTIN. Trata-se, primeiramente, da perda do sonho da maternidade, do filho idealizado. Esse sentimento refere-se também, à impossibilidade de exercer o papel materno de cuidar e acalantar o próprio filho, devido ao distanciamento físico e emocional imposto pela internação.

Essa perda inicial, representada pela separação imediata do bebê pré-termo, é responsável por inúmeros agravos emocionais, e devem ser superados mediante atitudes positivas por parte da equipe multiprofissional, estimulando e promovendo a autoestima dos pais, oportunizando a aproximação e a participação nos cuidados com o RN. São estes, meios para a consolidação dos laços afetivos, tão importantes para a superação dos obstáculos enfrentados pela díade criança e família no contexto da hospitalização neonatal. Nesse sentido, a abordagem e acolhimento da família é extremamente importante para a efetivação desta aproximação e participação no cuidado, devendo ser valorizada já nos primeiros encontros com o bebê hospitalizado.

A chegada da mãe à UTIN é vista pelos enfermeiros, como um momento extremamente delicado e, nesse sentido, é necessária uma intervenção cuidadosa para

ambientá-la, de tal modo que o choque da hospitalização seja atenuado (GORGULHO; RODRIGUES, 2010)<sup>(5)</sup>.

O fato dos RN prematuros serem, em sua maioria, muito pequenos, constitui uma das impressões visuais com maior impacto sobre a família, em seu contato inicial com este universo estranho da UTIN. Outro aspecto a ser considerado na abordagem das famílias e, em especial das mães, ao adentrarem este ambiente, é a utilização de muitos equipamentos e acessórios que, embora necessários à manutenção do suporte de vida dos RN, acabam por gerar indagações e receios acerca das chances reais de sobrevivência do bebê.

*[...] quando fui vê-lo, ele estava em uma incubadora, com um aparelho no nariz, CPAP, fiquei com tanto medo, não sabia o que estava acontecendo, e por mais que as enfermeiras e médicas me explicassem, não conseguia entender (Diário materno - M6).*

*[...] ele estava respirando com aparelho, as enfermeiras de lá me disseram que é só para ajudar ele, que não era para eu ficar assustada (Diário materno - M1).*

Assim, percebe-se que, não obstante o choque inicial frente ao ambiente inóspito e tecnológico da UTIN, o processo de orientação e acolhimento constitui um elemento essencial para a superação desse impacto. Nesse sentido, há que encontrar estratégias de informações adequadas, de maneira a atenuar os sentimentos de angústia, facilitando o processo de aceitação e adaptação das famílias a esta realidade assistencial.

Diversos estudos reforçam a importância da orientação nestes contextos de atenção. A orientação recebida no início do processo referente à hospitalização do bebê acalma e diminui a ansiedade materna (KAMADA; ROCHA, 2006)<sup>(13)</sup>. Para a família, o conteúdo da notícia é visto de forma positiva quando a mensagem apresenta clareza e detalhamento. A clareza é definida em termos da fala que permite à família ter conhecimento sobre a situação vivida, e o detalhamento, quando a mensagem é narrada minuciosamente (PINHEIRO et al., 2009)<sup>(14)</sup>.

Cabe à equipe, portanto, oportunizar ao familiar, a participação neste momento, utilizando termos simples, passíveis de serem compreendidos pelo mesmo. Atenção especial deve ser dada aos detalhes, por vezes negligenciados pelos profissionais de saúde, muito habituados com a rotina terapêutica. Essa abordagem deve incluir ainda, a escuta ativa e a atitude compreensiva frente aos anseios e dúvidas da família, visto que tais

condutas podem ser decisivas na capacitação familiar para o enfrentamento de situações críticas, advindas desta fase.

*Estou com o coração angustiado, o pediatra me disse que o 'bebê' está com infecção, meu coração foi a mil, eu não queria ir embora, queria ficar lá com ela, proteger meu anjo (Diário materno - M7).*

As informações sobre as alterações no quadro clínico da criança fazem emergir momentos intensos de apreensão e angústia, bem como uma profunda sensação de impotência e incerteza quanto ao futuro. Nesse sentido, o fortalecimento do vínculo de confiança entre a equipe e a família, construído com base num processo de comunicação efetivo e constante, é fundamental.

Dependendo da forma como uma notícia ruim é transmitida à família, esta pode mostrar-se com ou sem esperança, com forças ou fraquezas, com segurança ou insegurança (PINHEIROS et al., 2009)<sup>(14)</sup>.

Tratam-se, portanto, de momentos que exigem do profissional que informa, muita sensibilidade e habilidade no uso e escolha das palavras, evitando destruir todas as expectativas positivas criadas em relação à evolução do filho enfermo. É uma tentativa de auxiliar a família a atravessar este momento de crise, de forma consciente e mais segura.

*[...] fui ver meu filhote, toda contente, esperando vê-lo melhor. Mas quando levantei o paninho que cobria a incubadora, juro: o susto foi grande, ao olhar meu pequeno e vê-lo com tantos aparelhos, tantos fios, e sem se mexer, várias coisas passaram em questão de segundos, pois não consegui me conter, e aos poucos deixei a UTIN, sem rumo e sem poder acreditar no que estava acontecendo. Uma enfermeira veio até mim, me explicando, que eu precisava ter calma. Não lembro o que ela falava e nem quem era, só uma coisa eu me lembro até hoje, ela dizia 'ele precisa de você forte do lado dele'. Mas naquele momento não consegui entender, só chorava e pensava o pior. Ela então me fez entrar de novo, mas eu não conseguia olhar para ele naquela situação (Diário materno - M6).*

Com o decorrer dos dias, percebe-se nas mães uma transformação gradativa de postura. Estas tendem a se aproximar do filho, na medida em que ganham forças e superam seus medos. Vencida esta etapa, percebe-se que a mãe busca a cada encontro, uma identificação com seu próprio filho, passando assim a observá-lo em seus detalhes, sejam estes relativos à aparência física ou ao seu comportamento no processo de ambientação à situação vivenciada.

*[...] neste dia ele segurou meu dedo, forte! Foi onde ele me deu tanta força, daí eu comecei a conversar com ele, pois sabia que ele queria me escutar. Seu cabelinho ainda estava sujo de sangue, notei isto na hora que resolvi olhar melhor os seus cabelos, e ele continuava do mesmo jeito, com todos aqueles aparelhos... (Diário materno - M6).*

Essa experiência de conhecimento do filho, e de auto-conhecimento em seu papel materno, é extremamente importante, como um elo na cadeia de formação do vínculo mãe-filho. Ao mesmo tempo, a mãe passa a se identificar mais com o ambiente, conhecer a dinâmica da UTIN, as rotinas dos profissionais que prestam a assistência, as diversas pessoas que lá convivem. Isso possibilita a formação de opiniões e conceitos sobre tudo aquilo que acontece, favorecendo a criação de vínculos positivos, tanto com a criança quanto com a equipe, importantes para a mãe e toda a família.

*Terça-feira [...] ele estava quietinho, calminho, as enfermeiras estavam tentando achar uma veia nele para colher exames, mais estava muito difícil [...] a partir daí comecei a observar melhor ao meu redor, a ver o quanto ele estava sendo bem tratado por toda a equipe e o quanto elas se preocupavam com ele. Já estava mais segura sabendo que ele estava em boas mãos (Diário materno - M6).*

Pesquisa realizada com pais de RN mostrou que após conhecerem e perceberem que o bebê internado estava sendo bem assistido, estes se sentiram seguros para confiar os cuidados do filho à equipe de saúde (SCHMIDT et al., 2012)<sup>(6)</sup>. O sentimento de segurança, associado ao acolhimento adequado, fortalece a formação do vínculo criança-equipe-família, propiciando uma permanência maior do familiar no acompanhamento do RN dentro da unidade.

### **Inserção materna no cuidado ao recém-nascido pré-termo**

Esta categoria faz referências aos primeiros cuidados ao RN, realizados pelas mães em ambiente hospitalar. A participação dos pais de forma efetiva contribui para intensificar vínculos entre pais e bebês; e no pós-alta, esta prática adquirida ainda no hospital é substancial para o cuidado do RN no domicílio (SOUZA; SILVA; GUIMARÃES, 2008)<sup>(15)</sup>. Para a participante M3, o cuidado em permitir que esta pegasse a filha no colo pela primeira vez, foi essencial para selar a afetividade entre ambas:

*[...] hoje eu pude segurar minha bonequinha no colo pela primeira vez depois da cirurgia dela. Estou muito feliz por isso! Foi muito boa a*

*experiência de poder pegar minha menininha no colo, e podermos ficar juntinhas, e eu mesma aquecê-la com o calor do meu corpo (Diário materno - M3).*

Percebe-se, assim, a importância do primeiro contato físico entre mãe e filho, no processo de construção dos laços de afetividade que atenuam os receios até então experimentados. Ao mesmo tempo, esse processo gradativo de aproximação confere segurança à mãe, que passa a julgar-se capaz de poder exercer o cuidado materno. Assim, verifica-se a importância conferida aos pequenos gestos de aproximação, de tal modo que cuidados simples sejam muito valorizados, e atividades corriqueiras como a troca de fraldas podem se tornar marcantes neste percurso de apropriação do papel materno.

*[...] elas estão me ensinando como trocar a fraldinha dela. Foi uma ótima experiência, pois eu nunca havia aprendido nada antes. Mas eu acho que fiz direitinho, pensei que fosse mais complicado (Diário materno - M3).*

Cabe ao profissional de enfermagem, contudo, o acompanhamento cuidadoso de cada passo no processo de construção da autonomia materna, face às implicações que procedimentos corriqueiros podem ter sobre a condição geral do RN. Neste sentido, o detalhamento de cada orientação e o acompanhamento dos procedimentos pela equipe, são capazes de conferir a habilidade e a segurança para o cuidado, desfazendo a impressão negativa sobre as possíveis dificuldades de execução do mesmo e garantindo uma técnica adequada à promoção do bem estar do RN.

Neste contexto, o primeiro banho costuma gerar muitas expectativas, deixando a mãe apreensiva, frente aos movimentos do bebê no decorrer do procedimento, à presença do coto umbilical e à aparente fragilidade do prematuro. As orientações dos cuidados delegados às mães devem ser repetidas muitas vezes para que sejam assimilados e colocados em prática, até que a mãe se sinta segura para a sua realização. O processo de participação do profissional deve acompanhar a evolução dessa autonomia materna, primeiramente demonstrando e orientando, depois, auxiliando a mãe no cuidado, e por fim, supervisionando a realização do procedimento, sempre de modo disponível e acolhedor.

*[...] dei o primeiro banho na nenê com a ajuda da 'enfermeira', fiquei com um pouco de medo de segurar ela, na hora de virar ela de costas para lavar as costinhas, a bundinha, porque ela se mexe muito, deu medo de derrubar ela. Mas deu tudo certo (Diário materno - M4).*



*Ela, 'a enfermeira', ensinou cada detalhe, como pegar o bebê na banheira com firmeza, tirou as dúvidas e nos deu muitas dicas. Hoje foi o primeiro banho que eu pude dar nele, digamos que sozinha. Mas com meu medo, a "enfermeira" estava ali dando todo apoio, ensinando as melhores maneiras para dar o banho rápido e limpar bem (Diário materno - M6).*

As práticas sucessivas e a inserção gradativa das mães no cuidado tornam os procedimentos cada vez mais fáceis de serem realizados e, conseqüentemente, mais prazerosos. O sentimento de segurança faz com que as mães se vejam mais competentes no exercício de sua função de cuidadoras dos próprios filhos.

*[...] chequei na semi às 07h30min, dei o segundo banho. Senti mais segurança, foi uma delícia (Diário materno - M4).*

Dentro desta perspectiva, o ensino-aprendizagem pressupõe uma via de mão dupla, onde a equipe deve dar abertura para questionamentos e onde a repetição da orientação deverá ocorrer sempre que necessário. Uma comunicação adequada reduz a ansiedade e aumenta a capacidade de compreensão do que é ensinado (DUARTE et al., 2010)<sup>(16)</sup>.

Cuidar do prematuro, pelas suas particularidades, exige conhecimento e estabelecimento de uma assistência direcionada às suas necessidades, incluindo os cuidados específicos no decorrer da internação (MORAES; QUIRINO; ALMEIDA, 2009)<sup>(17)</sup>.

Ambientar a mãe dentro da UTIN significa deixá-la participar ativamente dos procedimentos como estímulo e valorização do seu papel maternal. A mãe passa assim, a sentir-se útil, estabelecendo uma confiança acerca de seus cuidados para com o bebê. Ter momentos de interação com o bebê faz com que ela vá se sentindo recompensada, apesar das situações turbulentas decorrentes do período (COSTA et al., 2009)<sup>(12)</sup>.

*Aprendi a trocá-lo, e aprendi também a por o leite na sondinha, estava me sentindo mais útil, e também mais perto do meu filho. Foi maravilhoso pegar ele e poder alimentá-lo, mas meu pequenino não tinha forças para mamar certinho, ele ainda está aprendendo. Mas só dele tentar pegar o peito para mamar, já foi inexplicável! Me senti completa de tê-lo em meus braços (Diário materno - M6).*

A vivência diária com o bebê pré-termo é fundamental para o desenvolvimento do sentimento de segurança e autoconfiança (SOARES et al., 2010)<sup>(18)</sup>. Essas atividades,

implementadas ainda no âmbito da unidade neonatal, constituem uma estratégia de preparo das mães para o desafio do cuidado no domicílio, além de propiciar ao profissional, a oportunidade de avaliar se o cuidado prestado e a assistência educativa estão sendo conduzidos de forma adequada.

### **Alta hospitalar do bebê: expectativas da família**

Quando o bebê vai receber alta? Esta é uma das perguntas mais frequentes feita pelos familiares aos profissionais que trabalham nas unidades neonatais, independentemente do tempo de internação ou do estado clínico da criança. Desse modo, e ainda que as visitas ao filho internado constituam-se momentos almejados pelas mães, estas sofrem ao terem que se despedir ao final de cada visita, ansiando pelo dia em que a alta aconteça, pondo fim a esta separação que tanto angustia a família.

A angústia é representada por um estado de ansiedade constante à espera de notícias que denotem a evolução clínica do bebê e a proximidade deste momento tão aguardado. Neste contexto, a busca por informações mais precisas aponta para a necessidade que a família tem, de renovar suas esperanças em relação à recuperação e ao futuro de seu filho. A possibilidade de amamentar o filho hospitalizado, pode representar, neste cenário, um indício de melhora, e um sinalizador de proximidade da alta hospitalar.

*Meu Deus! Não vejo a hora de o meu anjinho vir pra casa, queria tanto que as enfermeiras me dessem uma previsão de quando ele vai sair de lá, ou pelo menos quando ele vai começar a mamar no peito. Tenho tanto leite (Diário materno - M1).*

Outro aspecto muito valorizado neste contexto expectante é o ganho ponderal do RN. As crianças prematuras, durante seu processo de hospitalização, apresentam intercorrências variadas que interferem no seu ganho de peso, representando um impeditivo importante para a alta hospitalar.

*Hoje ele pesou de novo e está com 1820. Nossa! Cada dia ele está mais gordinho logo estarei em casa com meu filho, se DEUS quiser (Diário materno - M2).*

A ansiedade manifestada pelas mães em relação à alta da criança pode ser fortemente influenciada pelas circunstâncias sociais. As preocupações com os outros filhos que ficaram em casa, geram conflitos e são responsáveis pela diminuição da presença

materna junto à criança hospitalizada ou, até mesmo, por forçar a alta antecipada (SOUZA; SILVA; GUIMARÃES, 2008)<sup>(15)</sup>.

*Cada dia que passa a minha esperança é maior de que ele vai embora logo. A irmãzinha dele que está em casa, fica ansiosa para conhecer o irmão que nasceu, e que até hoje não chegou em casa (Diário materno - M5).*

O prolongamento do período de internação costuma exacerbar o sentimento de impaciência, ansiedade e estresse das mães. São comuns nos relatos maternos, referências que comparam o ambiente hospitalar a uma espécie de prisão, em que ficam subordinadas a uma série de rotinas e ordens externas, enclausuradas e sem a possibilidade de se expressarem.

*Uma coisa eu digo: quando não se tem previsão de alta, nossos nervos ficam à flor da pele. Eu prefiro que me digam que eu vou ficar mais 30 dias, do que esperar um tempão sem saber. Isso parece uma caixa de detentos com mães, e eu sou uma delas. Eu imaginava, mas só alguém estando no meu lugar, pra saber o quanto sofremos (Diário materno - M3).*

A alta da UCI para a ECM aumenta, significativamente, as expectativas positivas das mães, em relação à alta do RN para o domicílio. Contudo, este processo de transferência do RN para outro setor, também gera a necessidade de novas adaptações da mãe: com relação ao ambiente, à mudança dos profissionais que prestam assistência, bem como à rotina de cuidados realizados com o RN, que passam a ser assumidos quase que integralmente pela mãe, uma vez que a mesma passa à condição de acompanhante do bebê, permanecendo vinte e quatro horas junto ao filho.

*Hoje cheguei mais alegre, porque já sabia que ele ia para o quarto e estava mais perto de ir embora. Mas eu não gostei do atendimento daqui não (enfermaria da pediatria). Parece que as enfermeiras fazem o serviço por obrigação e não por amor (Diário materno - M5).*

Embora signifique uma etapa intermediária para a alta e para o cuidado domiciliar, esta transição abrupta acaba por gerar um estresse de adaptação, sendo considerado pelas mães, como um “descuidado”. No sentido de fazer desta fase, um momento de consolidação do processo educativo iniciado na UTIN e UCI, é essencial a adoção de um

protocolo que considere em primeiro plano a necessidade de continuidade da atenção, independentemente dos limites organizacionais do serviço.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo demonstrou que a notícia da internação do bebê prematuro na UTIN representa para as mães, um momento crítico do processo gestacional, com a interrupção abrupta dos sonhos acalentados ao longo de toda gravidez, e expresso por sentimentos variados de medo e insegurança. O primeiro contato com o filho na UTIN é delicado e retratado como um período de auto-descoberta, de desvelamento do papel materno frente à uma situação de extrema vulnerabilidade, e aos desafios de lidar com a prematuridade e a separação do filho recém-nascido.

Neste contexto, tem importância fundamental a participação da equipe multiprofissional e, em especial do enfermeiro, promovendo a permanência familiar e, estimulando a participação da mãe nos cuidados com o RN, como estratégia de valorização da família e meio para o fortalecimento dos vínculos afetivos. Não obstante a insegurança materna no percurso de construção da autonomia para o cuidado, mesmo em cuidados básicos como o banho do bebê, mais que uma ação de caráter técnico ou procedimental, a assistência centrada no ensino-aprendizagem da família tem um papel essencial no resgate da auto-estima materna.

Assim, o processo de comunicação adequado entre equipe e família representa um canal importante para a renovação das esperanças em relação à recuperação do RN, amenizando as angústias maternas e promovendo alento para toda a família.

Os resultados encontrados neste estudo demonstram a importância do olhar mais atento para a mãe durante a internação do RN em UTIN, integrando-a como sujeito ativo e passivo do cuidado dispensado ao prematuro. Durante a hospitalização do RN, destaca-se a importância do acolhimento, da orientação permanente e adequada quanto aos cuidados e as condições de saúde do filho, com estratégias que permitam a essas mães, superar as intercorrências e a experiência de internação do RN de forma construtiva.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF); 2011.
2. Rabelo MZS, Chaves EM, Cardoso MVLML, Sherlock MSM. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paul Enferm.* 2007 jul/set; 20(3):333-7.
3. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. *Pediatria básica: pediatria geral e neonatal.* 9. ed. São Paulo: Sarvier; 2004. t. 3.
4. Melo CRM, Villa SG, Silvério NF, Santana RA. Conhecendo os sentimentos e expectativas de mães de recém-nascidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFPE on line.* 2010 abr/jun; [citado em 2012 mar 09]; 4(2):292-301. Disponível em [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/905/pdf\\_57](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/905/pdf_57).
5. Gorgulho FR, Rodrigues BMD. A relação entre enfermeiros, mães e recém-nascidos em unidade de tratamento intensivo neonatal. *Rev. Enferm. UERJ.* 2010 out/dez; 18(4):541-6.
6. 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.* 2012 jan/mar; 16(1):73-81.
7. Tamez RN. *Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro: UTI neonatal.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
8. Campos ACS, Odísio MHR, Oliveira MMC, Esteche CMCE. Recém-nascido na unidade de internação neonatal: o olhar da mãe. *Rev RENE.* 2008 jan/mar; 9(1):52-9.
9. Trentini M, PAIM L. *Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.* Florianópolis: Insular; 2004.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2010.
11. Piccinini CA, Gomes AG, Nardi TD, Lopes RS. Gestação e constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo.* 2008 jan/mar; 13(1):63-72.
12. Costa SAF, Ribeiro CA, Borba RIH, Balieiro MMFG. A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. *Esc Anna Nery.* 2009 out/dez; 13(4):741-9.
13. Kamada I, Rocha MM. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTI. *Rev. Esc Enferm. USP.* 2006; 40(3):404-11.
14. Pinheiro EM, Balbino FS, Balieiro MMFG, Domenico EBL, Avena MJ. Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. *Rev Gaucha Enferm.* 2009 mar; 86(3):221-7.
15. Souza JC, Silva LMS, Guimarães TA. Preparo da alta do recém-nascido de risco em uma unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. *Pediatria.* 2008; 30(4):217-27.
16. Duarte AS, Santos WS, Silva LDB, Oliveira JD, Sampaio KJAJ. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da equipe de enfermagem na alta hospitalar. *Rev RENE.* 2010 jul/set; 11(3):162-70.
17. Morais AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança prematura no domicílio. *Acta Paul Enferm.* 2009 jan/fev; 22(1):24-30.
18. Soares DC, Cecagno D, Milbrath VM, Oliveira NA, Cecagno S, Siqueira HCH. Faces do cuidado ao prematuro extremo no domicílio. *Cien Cuid Saude.* 2010; 9(2):238-45.

## 4.2 ARTIGO 2

**ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: O PROCESSO DE  
CONSTRUÇÃO DOS CUIDADOS NO HOSPITAL E DOMICILIO\*****ASSISTANCE TO THE PRETERM NEWBORN: BUILDING THE CAREGIVING  
PROCESS IN THE HOSPITAL AND AT HOME****Marly Veronez**

Enfermeira. Especialista em Fisiologia Humana (UEM). Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Regional de Maringá. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PSE) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Maringá – Paraná – Brasil. marlyveronez@gmail.com.

**Ieda Harumi Higarashi**

Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Permanente do PSE/UEM – Maringá – Paraná – Brasil. ieda1618@gmail.com

**Correspondência:** Marly Veronez

Rua Pioneiro Darville Antonio Huergo, 1743 – Jardim Paris III  
CEP: 87083-210 - Maringá – PR –Brasil.  
Fone: (44) 8819607  
Email: marlyveronez@gmail.com

---

\* Artigo original extraído da Dissertação de Mestrado sob o título “Protocolo de alta de neonatologia: importância da ação educativa no contexto do cuidado ao bebê pré-termo”. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem (PSE) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Maringá – Paraná –Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** identificar os impactos de um procedimento de orientação/preparo para alta hospitalar de bebês prematuros, a partir da perspectiva de mães no processo de inserção no cuidado. **Método:** estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, com uso do referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial. Participaram da pesquisa sete mães de prematuros internados nas unidades neonatais de um hospital universitário. A coleta dos dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2011, para posteriormente serem submetidos à análise de conteúdo. Os resultados estão apresentados em duas categorias que demonstram que, apesar da oferta de orientações durante todo o processo de internação do bebê, as mães referenciaram dificuldades para realizar alguns cuidados em domicílio. **Conclusão:** existência de um procedimento de orientação sistematizada para a alta constitui-se em condição *sine qua non* à construção da autonomia familiar para o cuidado, com benefícios mútuos, que se estendem ao binômio em seu retorno ao lar, e à equipe, enquanto referencial para a atuação.

**Palavras-chave:** Prematuro. Alta Hospitalar. Enfermagem Neonatal.

## ABSTRACT

**Objective:** identify the impacts of an orientation procedure for hospital discharge of premature babies, from the mothers' perspective regarding the caregiving process. **Method:** a descriptive-exploratory study, with qualitative approach, using the convergent-assistance research methodological referential. Took part in the research seven mothers of premature babies from neonatal units of a university hospital. Data was collected from October to December 2011 and submitted to content analysis. The obtained results are presented in two categories showing that despite the availability of information throughout the period of hospitalization, mothers referred difficulties to accomplish some baby care at home. **Conclusion:** the existence of a systematized orientation procedure for the discharge is a *sine qua non* condition to build the family self-sufficiency on caregiving, with mutual benefits that are extended to the binomial mother/child in their return home, and to the team as well, while referential on the procedures.

**Keywords:** Premature Baby. Hospital discharge. Neonatal Nursing.

## INTRODUÇÃO

Os avanços dos recursos tecnológicos nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) constituem um importante marco no que se refere à assistência ao recém-nascido (RN) de risco, e sendo assim, contribuem de maneira significativa para o aumento da sobrevida desse grupo. Entretanto, o foco principal da atenção nestes setores ainda está direcionado aos aspectos biológicos. Nesta perspectiva, tal realidade vem sendo discutida entre os profissionais e as instituições de saúde com o objetivo de priorizar, estabelecer e otimizar uma assistência voltada à tríade mãe/filho/família (VASCONCELOS; LEITE; SCOCHI, 2006)<sup>(1)</sup>.

A internação do RN em UTIN se traduz em experiência complexa, tanto para a família que vivencia a situação, como também para a equipe responsável por assistir o binômio criança-família, no sentido da superação dos desafios que pontuam o processo de hospitalização, com vistas à alta.

O preparo para alta hospitalar do RN e de seus familiares, neste contexto, é primordial para reduzir as expectativas em relação ao cuidado domiciliar do bebê (SOUZA; SILVA; GUIMARÃES, 2008)<sup>(2)</sup>. Para que os pais estejam aptos a cuidar do filho no domicílio, de forma efetiva e segura, o planejamento e o ensino dos pais devem ser iniciados com antecedência, ou seja, logo após a admissão na unidade neonatal (TAMEZ; SILVA, 2009)<sup>(3)</sup>.

Ajudar a família a desenvolver habilidades e segurança para dispensar cuidados após a alta do RN, é uma das metas da assistência de enfermagem (KENNER, 2001)<sup>(4)</sup>. Entretanto, é preciso respeitar as reações emocionais e limitações de cada família, indo além da sua participação na divisão de tarefas, mas compreendendo a dimensão social na qual a mesma está inserida (ISSI; SCHENKEL; LATUADA, 2007)<sup>(5)</sup>.

As intervenções para ajuda do familiar devem ser planejadas pela enfermagem e incluem quatro categorias principais: dar informações, reforçar sistemas de apoio, treinar a habilidade de dispensar cuidados e aumentar o vínculo entre pais e bebês (KENNER, 2001)<sup>(4)</sup>. A equipe de saúde entende que orientar os pais é um dos elementos principais dentro do processo de preparo para alta e deve envolver aspectos como: alimentação, higiene, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sequelas, complicações, acompanhamento e vínculo afetivo (GAIVA et al., 2006)<sup>(6)</sup>.



A inserção dos pais no plano de cuidados ao filho hospitalizado pode se configurar como uma estratégia para que os pais se sintam úteis (BRASIL, 2011b)<sup>(7)</sup> e valorizados em sua conquista da autonomia para o cuidar. Para o alcance desta meta é primordial que as ações junto às famílias sejam implementadas de forma sistemática, objetivando oferecer informações mais completas, favorecendo o processo de inserção familiar dentro do hospital e sua adaptação para o cuidado a ser realizado no domicílio.

Nesta perspectiva, e no sentido de buscar subsídios pautados nesta realidade assistencial específica, é que se justifica a presente investigação, que tem por objetivo identificar os impactos de um procedimento de orientação/preparo para alta hospitalar de bebês prematuros, a partir da perspectiva de mães no processo de inserção no cuidado.

## **METODOLOGIA**

A investigação configurou-se em um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), cuja característica principal é a articulação intencional da pesquisa com a prática assistencial. Nesta metodologia os sujeitos têm participação ativa, constituindo-se em parte integrante do estudo, não sendo considerados como meros informantes (TRENTINI; PAIN, 2004)<sup>(8)</sup>.

Para seleção dos sujeitos, optou-se por incluir apenas as mães de RN com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas e peso de nascimento igual ou superior 1500 g. Os bebês deveriam ter sido hospitalizados ao nascimento na UTIN ou Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) do Hospital Universitário de Maringá, com permanência mínima de 72h por ocasião do recrutamento. Por ser um hospital de referência para atendimento de bebês de risco, foram incluídas mães residentes no município de Maringá e na região de abrangência da 15<sup>a</sup> Regional de Saúde. A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2011 e não houve delimitação prévia do número de participantes. Os sujeitos foram incluídos no estudo de acordo com a ordem de internação, e de forma randomizada, em função da capacidade de acompanhamento da pesquisadora.

A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos distintos. A primeira etapa ocorreu durante a internação dos RN, contemplando a implementação do processo de orientação para a alta. Esta fase, caracterizada pela utilização da PCA, consistiu na realização e

registro do processo de orientação em diários de campo e teve lugar no ambiente intra-hospitalar, complementado no ambiente extra-hospitalar.

A segunda etapa da intervenção foi contemplada por dois encontros; uma visita domiciliar (VD) realizada entre 3 e 5 dias após a alta hospitalar e agendada previamente pela pesquisadora e, um segundo encontro realizado no ambulatório de especialidades do próprio hospital.

Na VD, foi realizada uma entrevista semi-dirigida, conduzida a partir da seguinte questão disparadora: Como está sendo cuidar do seu filho prematuro nestes primeiros dias após a alta? Os encontros no ambulatório de especialidades serviram para verificar eventuais alterações percebidas pela mãe no processo de cuidado a partir do último encontro em domicílio.

As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise. A análise dos relatos das entrevistas, bem como dos registros dos diários de campo, se deu em consonância com o referencial da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2010)<sup>(9)</sup>, na modalidade Análise Temática. Após a transcrição de todos os dados, os textos foram submetidos a várias leituras, passando pela leitura flutuante do conteúdo geral até à leitura exaustiva e sistemática do *corpus*. Nesta fase, foram sublinhados segmentos dos textos, identificando-se os trechos que correspondiam aos objetivos do estudo com a finalidade de agrupar os registros similares para codificá-los e, após, organizá-los em categorias.

O presente estudo foi desenvolvido após a análise e aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá sob parecer nº296/2011. Foram considerados todos os preceitos éticos regulamentados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, mediante instrução e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (BRASIL, 1996)<sup>(10)</sup>. Para garantir o anonimato dos sujeitos, a autoria dos relatos foi identificada com a inicial “M” referente à mãe, seguidas de número arábico em correspondência à sequência de inclusão das mesmas na pesquisa (M1, M2... M7).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para fins didáticos, optou-se pela apresentação dos resultados em duas etapas principais: na primeira, será descrito o processo de implementação da PCA em termos das atividades educativo-assistenciais realizadas junto às mães participantes no ambiente

hospitalar e, posteriormente, no domicílio das mesmas. A segunda parte da discussão terá como escopo a análise dos relatos oriundos das entrevistas no domicílio das famílias e no ambulatório de especialidades.

### **Perfil das mães e dos RN participantes do estudo**

Participaram da pesquisa sete mães, com faixa etária entre 16 e 31 anos, sendo quatro casadas, duas mantinham união estável e uma era solteira. Em relação à escolaridade quatro possuíam ensino médio completo, duas incompleto e uma apresentava curso superior incompleto. Três mães eram primíparas e quatro já possuíam outros filhos. Uma das mães participantes (M4) apresentava histórico de aborto aos cinco meses de gestação e de parto prematuro seguido de óbito neonatal. Com relação ao tipo de parto, apenas duas participantes tiveram seus filhos por via natural. Duas participantes residiam em Maringá, sendo as demais residentes em cidades próximas, na área de abrangência da 15ª Regional de Saúde.

Quanto aos RN internados, IG de nascimento variou de 31 a 36 semanas. O peso ao nascer variou de 1560g a 2460g. Os principais diagnósticos de internação além da prematuridade, foram: síndrome do desconforto respiratório (SDR), infecção neonatal e taquipnéia adaptativa. Um RN apresentava quadro de malformação congênita (Gastrosquise), o que resultou em tempo de internação superior. O período de internação dos bebês oscilou de 10 a 49 dias.

### **Implementando o processo de orientação e preparo de alta para bebês prematuros**

A pesquisadora acompanhou as mães durante todo o período de hospitalização de seus filhos, desde a UTIN, passando pela unidade de cuidados intermediários (UCI), enfermaria de cuidados mínimos (ECM), até a alta hospitalar. Cada um dos encontros foi agendado com a mãe a partir do primeiro contato ou via telefone.

Para cada encontro (visita materna) era confeccionado um plano de orientações a ser discutido na data programada. O plano consistia de um roteiro flexível de ações, passível de modificação, em função da sistemática do serviço, condições clínicas do RN e disponibilidade materna. A equipe de enfermagem contribuía no sentido de facilitar que os cuidados direcionados para aquele bebê participante fossem realizados dentro do horário planejado pela pesquisadora. Dentre os temas abordados durante o período de orientações,

destacaram-se os cuidados de higiene, alimentação do RN, vacinação, controle térmico, banho de sol, sinais de risco e administração de medicamentos por via oral.

Durante a internação, as mães eram inseridas no cuidado direto ao RN, de forma sistemática, com objetivo de habilitar cada uma delas para os cuidados ainda dentro do ambiente hospitalar, de modo que dificuldades apontadas em cada encontro pudessem ser gradativamente sanadas ao longo do período de acompanhamento. Esta dinâmica foi repetida até a alta. Cada encontro durou entre 15min e 1h30min. O número de encontros com cada mãe variou de quatro a quatorze. Além dos encontros presenciais, foram disponibilizados contatos telefônicos, na medida da necessidade de cada mãe participante, para sanar dúvidas remanescentes do processo instrucional. Estes contatos tiveram papel importante no que tange ao auxílio e esclarecimento de dúvidas pontuais ao longo desta etapa, bem como para o fortalecimento da relação de confiança estabelecida entre as mães e a pesquisadora.

### **Análise das entrevistas**

Os resultados obtidos através das narrativas das mães evidenciaram duas categorias temáticas referentes ao preparo materno para alta hospitalar: Avaliação do preparo para alta hospitalar do prematuro: percepções maternas; Impacto da atividade educativa da equipe de saúde: limitações e possibilidades para a autonomia materna no cuidar.

### **Avaliação do preparo para alta hospitalar do prematuro: percepções maternas**

A insegurança inicial comum às mães ao assumirem o cuidado de seu próprio filho no domicílio, é gradativamente substituída pelo sentimento de familiaridade, num *continuum* e como parte do processo de adaptação e construção da autossuficiência materna.

Nesse sentido, quando a mãe é orientada sobre os principais cuidados e os problemas mais comuns que podem acometer o seu bebê, esta se torna mais segura para levá-lo para a casa (GAÍVA et al., 2006)<sup>(6)</sup>. A experiência anterior de cuidado intensifica a dinâmica do aprendizado nos cuidados desenvolvidos no domicílio e repercutem positivamente durante a interação da mãe com o filho em casa (COUTO, 2009)<sup>(11)</sup>.

*Tudo que eu aprendi lá no hospital foi bom [...] foi o suficiente. Aprendi bastante coisas que eu não sabia [...] Morria de medo [...]. Eu amei meus primeiros dias 'em casa' (M3 – 5 dias após a alta).*

*Nossa! Ajudou bastante [...] eu não sabia quase nada. Eu aprendi bastante coisa (M1 – 3 dias após a alta).*

Para que este processo se concretize de forma mais rápida e efetiva, as orientações oferecidas durante a internação do bebê constituem uma estratégia essencial e condição *sine qua nom* ao cuidado familiar no domicílio. Esse suporte potencializa a habilidade do cuidador, permitindo que a mãe aproveite de forma prazerosa os primeiros dias com o filho no lar.

A autonomia para o cuidado do prematuro representa uma conquista para a mãe, em função da especificidade desta condição. Assim, mesmo mães mais experientes, vivenciam sentimentos de insegurança diante da responsabilidade de cuidar de seu filho numa situação de vulnerabilidade e, após, a experiência de hospitalização em idade tão precoce. Comumente, as mães associam a prematuridade à uma condição de fragilidade, sendo o prematuro percebido como uma criança com alto potencial de adoecer, exigindo cuidado especial, muito diferente de um bebê nascido a termo (BOTÊLHO, 2011)<sup>(12)</sup>.

*[...] eu nem sabia cuidar dela, porque pra mim, na minha cabeça, um neném prematuro é muito diferente do neném normal [...] são mais frágeis, não ia saber cuidar [...] porque eu já tive outra experiência que não foi boa (M4 – 3 dias após a alta).*

O retorno ao lar representa um momento importante, ao mesmo tempo almejado e temido pelas mães. São comuns os relatos de alívio frente à notícia da alta, que por sua vez, é seguida de momentos tensos e delicados, uma vez que a segurança experimentada anteriormente pela presença constante do profissional durante hospitalização, dá lugar à angústia de assumir a responsabilidade integral pelo cuidado no domicílio.

Os primeiros dias se caracterizam pela necessidade de construção de uma rotina própria no domicílio, respaldando-se, muitas vezes, nas orientações recebidas da equipe de saúde durante a internação do bebê. As orientações e rotinas hospitalares servem assim, de parâmetro para a execução dos cuidados no domicílio, a partir de algumas adaptações. Nesta perspectiva, destaca-se a importância deste processo de educação em saúde implementado pelos profissionais.

A educação em saúde tem potencial para promover a autonomia da família do RN. E a atuação dos profissionais junto aos pais e familiares no preparo da alta é crucial, uma vez que este processo educativo confere aos genitores empoderamento do saber cuidar de

seu bebê (FONSECA et al., 2011)<sup>(13)</sup>. O impacto desta atividade reside na minimização de complicações no estado de saúde da criança e no número de reinternações (TRONCO et al., 2010)<sup>(14)</sup>.

*[...] depois da alta, nossa! Foi um alívio. Foi difícil no começo me acostumar com ela em casa, porque lá no hospital tinha toda a assistência [...] Você tinha alguma dúvida, você perguntava [...] Em casa eu estou pegando o jeito, eu estou conseguindo cuidar dela, usando todas as orientações que eu recebi e tirei muito proveito (M3 - 5 dias após a alta).*

No domicílio, a mãe permanece vigilante frente a qualquer situação indicativa de que algo não está bem com o bebê, como expressões e comportamentos incomuns, o que concorre para deixá-la em constante estado de alerta. Incentivar a permanência da mãe na unidade hospitalar, pode auxiliá-la na superação deste tipo de estresse no domicílio. O convívio durante a internação proporciona oportunidades de observar, aprender e reconhecer os sinais de alerta, bem como os hábitos comuns a todos os bebês, atenuando a sensação de insegurança materna.

O medo de não saber atender a criança, ou ainda, de não identificar algo errado, é motivo de insegurança para a mãe, que passa a exigir de si mesma, uma atenção rigorosa com o bebê, temendo a possibilidade de algo ruim acontecer (SASSÁ, 2011)<sup>(15)</sup>.

*Tem horas que eu fico apavorada, com alguma coisa que ele faz [...] uns movimentos esquisitos, umas tossidas, eu já fico achando que é alguma coisa. Mas depois ele para e eu fico tranquila. Tem horas que ele me dá um susto [...] Eu fico o dia inteiro sozinha com ele, se acontecer alguma coisa eu não tenho ninguém para ajudar (M1 – 3 dias após a alta).*

*Quando vem muito leite, ele se afoga, e começa a ficar roxinho. Eu fico apavorada! Mas agora estou mais tranquila [...] quando eu vejo que ela vai engasgar [...] já consigo me precaver antes (M5 – 3 dias após a alta).*

Outro aspecto observado foi o fato de que cuidar em casa é desafiador para a mãe, independentemente do contexto familiar no qual a mesma está inserida, ou da experiência acumulada com filhos anteriores. São unânimes assim, os relatos de dúvidas, bem como de insegurança e temor pela possibilidade de não conseguirem atender e suprir as necessidades do filho no domicílio.

A experiência progressiva de maternidade não se traduz em garantia plena de que a mãe terá segurança no cuidado domiciliar. O sentimento de ser mãe é sempre novo,

emergindo a relação de cuidado diferenciado devido a prematuridade do filho (SCHMIDT, 2011; WUST; VIEIRA, 2011)<sup>(16-17)</sup>.

Estudo realizado acerca da percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê prematuro constatou que ir para casa com um bebê de baixo peso trouxe dificuldades, independente do contexto de vida, experiências anteriores ou idade dos pais (FONSECA; MARCON, 2011)<sup>(18)</sup>.

*[...] é como se fosse meu primeiro filho, não sabia dar banho, não sabia trocar fralda, não sabia se quando tivesse com dor, eu ia saber se era dor ou se era fome, se era sede. Eu não sabia de nada, e fui aprendendo aos poucos [...] aprendi bastante, se não tivessem me ensinado no hospital, eu não ia saber o que fazer [...]* (M2 – 5 dias após a alta).

Ao ser introduzida no processo de cuidar do filho no hospital, a mãe procura seguir os passos aprendidos junto aos profissionais, pois acredita ser a melhor forma de realizá-los, sem causar prejuízos ao bebê. Com o passar do tempo e, não obstante a valorização dos cuidados aprendidos no hospital, aos poucos estes vão sendo adaptados aos hábitos, estrutura e rotinas familiares, de tal modo que a mãe passa a sentir-se cada vez mais independente, segura e empoderada de seu papel.

No entanto o processo de aprendizagem dentro do hospital é cercado de interpretações nem sempre positivas pela mãe, como sentimentos de estar sendo sempre fiscalizada ou avaliada durante a realização dos cuidados ao filho, o que pode gerar insegurança frente ao profissional cuidador (MARLY, 2012).

Assim, estar em casa com o bebê RN significava para a mãe, realizar os cuidados de maneira menos tensa e mais à vontade já que, durante a internação conjunta, o fato de sentir-se vigiada a deixava apreensiva (SASSÁ, 2011)<sup>(15)</sup>.

*[...] senti alegria de sair de lá. Porque lá, por ter vários profissionais a sua volta, você fica com medo de estar fazendo errado, de não fazer da maneira certa, do jeito que vocês fazem. Agora em casa não, tem a nossa maneira, tem o nosso jeitinho, não tem ninguém olhando, é bem mais fácil. Pra cuidar dele, eu achei mais prático em casa, tem mais liberdade de estar conversando, de estar mais próximo dele* (M6 – 9 dias após a alta).

Observou-se no discurso das mães que, apesar de considerarem as orientações recebidas no hospital satisfatórias, todas experimentaram algum tipo de dificuldade em casa. As dificuldades relatadas eram voltadas principalmente aos cuidados básicos de

maternagem. Pode-se inferir que a presença materna mais frequente ou integral dentro da unidade, provavelmente, tornaria estas dificuldades menos significativas na prática diária do cuidado no domicílio.

Ir para casa com um RNPT é sempre um desafio a ser superado, pois envolve diversas particularidades advindas da própria prematuridade e necessidades específicas do bebê de risco, não importando o quão experientes sejam os pais, ou o nível de preocupação com o filho. Mesmo após vivenciar o preparo para a alta, a tendência é de que as primeiras semanas em casa sejam sempre marcadas por profundas adaptações (SCHMIDT, 2011; WUST; VIEIRA, 2011)<sup>(16-17)</sup>.

Percebe-se que as dúvidas identificadas nos relatos já haviam sido trabalhadas e reforçadas por ocasião do preparo para a alta, incluindo desde as dificuldades na manipulação do bebê até o adequado posicionamento do bebê para amamentação.

Entende-se que durante a internação todos os sentimentos gerados e sua intensidade estão baseados no pouco tempo de interação com o bebê, de adaptação e reconhecimento às suas particularidades (SOARES et al., 2010)<sup>(19)</sup>. O fato das mães ainda apresentarem dúvidas sobre aquilo que diziam ter aprendido bem, pode ser atribuído à não realização de avaliações ou checagens em ambiente hospitalar, para saber se elas realmente entenderam e aprenderam o que foi dito, já que ensinar é diferente de repassar informações (SOUZA; SILVA; GUIMARÃES, 2008)<sup>(2)</sup>.

*[...] a dificuldade maior que eu tenho depois que ele veio do hospital, é de dar banho [...] é na hora de posicionar [...] de virar ele de costas, eu não sei (M1 – 3 dias após a alta).*

*A única dificuldade foi nas primeiras mamadas dele em casa, que ele engasgou bastante. Mas não teve nada gritante, prá dizer que foi difícil (M5 – 3 dias após a alta).*

*[...] eu aprendi tudo. Mas, na verdade eu tive dificuldade, porque eu não soube fazer direito a higiene dela do nariz. Eu achei que ela estava passando mal, corri no hospital e, no final, era uma coisa tão simples (M3 – 5 dias após a alta).*

Os aspectos ressaltados do aprendizado no hospital destacaram procedimentos como a troca de fraldas, o banho, a aferição da temperatura e higienização do nariz. Depreende-se que as mães se atentaram a apreender as orientações consideradas mais



relevantes para elas em seu cotidiano, ou seja, àquelas que julgaram mais importantes e necessárias para os cuidados domiciliares.

*[...] o cuidado com o umbigo foi bem orientado. Eu tinha muito medo de curar o umbiguinho, limpar o narizinho, pois eu não sabia limpar direitinho (M5 – 3 dias após a alta).*

*A orientação me ajudou bastante [...] me ensinaram a dar o banho [...] a 'medir' a temperatura certinha, pra saber se ela está com frio ou se está com calor (M4 – 3 dias após a alta).*

*[...] deram super informações de todo o cuidado, de trocar fralda, de dar banho, o jeito de pegar, lavar a cabecinha primeiro, informações que eu não sabia [...] (M6 – 9 dias após a alta).*

Alguns autores afirmam que, não obstante a realização da orientação, há possibilidade de que o estresse vivenciado pelos pais durante a internação do RN na UTIN interfira em sua capacidade de assimilar as informações recebidas no ambiente hospitalar (SCHMIDT, 2011; COUTO; PRAÇA, 2009)<sup>(16,20)</sup>, fazendo com que as mães se restrinjam a assimilar apenas as informações que julgam ser mais importantes.

O banho e a amamentação foram às dúvidas mais frequentes entre as mães, seguido de como realizar a higiene do nariz e cuidados com a manutenção da temperatura corporal. Resultados semelhantes foram encontrados em outros trabalhos sobre esta temática, que apontaram que, mesmo mediante o recebimento prévio de instruções, a insegurança dos pais em casa se relacionava a cuidados diários como o banho, higiene, conforto, amamentação e ganho de peso (SOUSA; SILVA; GUIMARÃES, 2008; SASSÁ, 2011)<sup>(2,15)</sup>.

Embora tenham sido trabalhados outros temas adicionais no processo de preparo para a alta como o acompanhamento vacinal, exames de rotina como triagem neonatal, teste do olhinho, da orelhinha; tais orientações não foram citadas espontaneamente pelas mães durante a entrevista domiciliar, demandando a necessidade de intervenção da pesquisadora para o resgate destas informações.

### **Impacto da atividade educativa da equipe de saúde: limitações e possibilidades para a autonomia materna no cuidar**

As ações desenvolvidas pela equipe de saúde no âmbito das unidades de internação neonatal refletem na qualidade do cuidado prestado. Dentro deste contexto, a comunicação

é extremamente importante, pois sua prática efetiva possibilita consolidar o relacionamento terapêutico adequado entre a equipe e familiares, ao passo que a sua deficiência pode incorrer em danos a curto ou a médio prazo. Foi possível evidenciar nas narrativas que, quando a comunicação acontece de forma adequada, a família passa a se sentir participante do processo de evolução do filho, além de grata e confiante nos cuidados prestados. Destaca-se, neste contexto, o valor da escuta profissional, traduzida como forma de valorizar o sentimento do outro, garantindo ao cliente a oportunidade de se expressar, perguntar e trocar informações. O conjunto destas ações, traduzidas como estratégias de acolhimento, foram apontadas como um aspecto essencial ao estabelecimento de uma relação afetiva e efetiva entre a família e o profissional de saúde.

Conforme as interações entre mãe e profissional se firmam, compreendemos estas íntimas e nobres relações repletas de gratidão (MAESTRI et al., 2012)<sup>(21)</sup>. Quando as interações são regadas pela afetuosidade, tendem a ser mais significativas na experiência da família (SILVEIRA; ANGELO, 2006)<sup>(22)</sup>.

Os familiares quando bem orientados tornam-se motivados, participando conscientemente de toda evolução clínica do paciente (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007)<sup>(23)</sup>. A família se sente acolhida a partir do momento que ela percebe que pode contar com os profissionais não só para o cuidado da criança, mas que sua ajuda se estende às necessidades da família como um todo (SILVEIRA; ANGELO, 2006)<sup>(22)</sup>.

*[...] as meninas que cuidaram, foram super atenciosas. A gente chegava lá e já vinham conversar com agente, como se tivéssemos amizade há muito tempo [...] Explicava o que tinha acontecido durante a noite [...] algumas já chegavam e falavam, 'ele ficou bem a noite inteira', 'aconteceu isso', Tinha toda essa preocupação, a fisioterapeuta, a fono, também foram atenciosas (M6 – 9 dias após a alta).*

*Eles explicavam bem, tudo o que passava de exame, de tudo o que acontecia com o meu filho. O doutor chegava, explicava, não omitia [...] Doutora 'X' sempre estava lá comigo [...] perguntava se eu estava bem, se eu precisava de algo, me escutando. Uma presença muito boa [...] eu me sentia acolhida, mais segura, fui bem atendida (M2 – 5 dias após a alta).*

Dentro das unidades neonatais o acolhimento, a interação e a comunicação da equipe com os pais são elementos fundamentais para que as experiências emocionais advindas do momento sejam administradas e a angústia dos pais diminuída (BOTÊLHO, 2011)<sup>(12)</sup>. Nesta perspectiva, a escassez de informações, ou o fornecimento de informações

incompletas pela equipe, são interpretados pelos pais como desassistência, ou como assistência inadequada, na medida em que esta ausência de informação sobre o filho pode ser geradora de tensão na mãe e na relação dela com a equipe (DITZ, 2009)<sup>(24)</sup>. Estes aspectos dificultam a aproximação da família com o filho RN, retardando o início do processo de aprendizagem.

*Eu fiquei bem perdida no começo. Eu só fui ficar mais tranquila, a partir do momento em que alguém veio conversar comigo [...] e começou a esclarecer mais as coisas pra mim, dizer como eram os cuidados. Porque até então, na hora que eu entrava na neonatal, eu ficava perdidinha, porque ninguém conversava comigo [...] Porque nem todos são comunicativos, nem todos esclarecem as coisas pra gente (M4 – 3 dias após a alta).*

*[...] eu acho que a informação pros pais deveria ser focada [...] a gente não tem noção do que está acontecendo. Eles sabem por que eles são os profissionais. Acho que deveria dar a informação mais direcionada pro nosso conhecimento, não na linguagem deles (M6 – 9 dias após a alta).*

*[...] quando o neném da outra mãe estava na UTI, vi ela trocando a fraldinha dela um dia. Aí eu pensei: mas porque que eu não posso trocar a fralda da minha filha? Mas ninguém me falou nada, e o medo de eu tentar e alguém brigar comigo (M4 – 3 dias após a alta).*

O acolhimento é uma relação humanizadora, de trocas, de respeito às diferenças, sendo indispensável para a formação de vínculos. Constitui-se de práticas que devem ser aplicadas pelos trabalhadores para com os usuários. Nessa perspectiva, a família não deve ser encarada como inimigos que aborrecem a cada hora (MARTINS et al., 2008)<sup>(25)</sup>. Não obstante, a avaliação predominantemente positiva do acolhimento recebido pelas mães na realidade considerada, estas foram capazes de distinguir alguns episódios em que isto não ocorreu de maneira satisfatória. A falta do acolhimento é descrito pelas mães como comportamentos e expressões não verbais, como a alteração da tonalidade da voz e atitudes de menosprezo de alguns profissionais.

Essas atitudes fazem com que as famílias sintam-se fragilizadas e desamparadas, gerando uma sensação de inquietude e de mal estar, por acharem que estão incomodando e que não são bem vindas dentro da unidade, sem que encontrem explicações para tal postura dos profissionais (SILVEIRA; ANGELO, 2006)<sup>(22)</sup>.

*[...] lá na UTI, quando eu chegava, tinha algumas, né? [...] Que a gente batia na porta, aí elas reclamavam com a gente: Você tem que esperar por isso, por aquilo. Eu cheguei lá umas duas vezes e elas falaram desse jeito, não falaram 'normal', falaram meio 'na ignorância' (M1 – 3 dias após a alta).*

*[...] não gostei de algumas enfermeiras [...] foram grossas comigo, devido assim: eu sei que elas estão lá pra trabalhar, não pra me 'paparicar' [...] às vezes eu chegava lá pra ver meu filho, me sentia mal como se eu estivesse atrapalhando, como se eu não fosse bem vinda ali perto do meu filho. E devido eu já estar sofrendo por ele estar ali na UTI, e ainda não ser bem tratada, o sofrimento foi maior ainda [...] No começo eu liguei, mas depois passei a não ligar. Conversei com outras que me explicaram tudinho. Tentei entender tanto meu lado como o lado delas (M2 – 5 dias após a alta).*

São destacados como ingredientes básicos para efetivação do acolhimento o diálogo, a co-responsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro e a troca de experiências (MARTINS et al., 2008)<sup>(25)</sup>. Trata-se de uma filosofia do cuidar que não pode prescindir da motivação e preparo de cada profissional da equipe, e que, para efetivar-se de fato, deve fazer do dia a dia da assistência, uma oportunidade de exercício e valorização do relacionamento humano e humanizador.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As orientações oferecidas durante a internação do bebê possibilitaram a construção de um suporte materno importante para o cuidado do mesmo no domicílio. As informações adequadas e a observação das rotinas durante a hospitalização são valorizadas pelas mães e utilizadas como um roteiro inicial do cuidar, possibilitando adaptações gradativas até que ocorra sua inserção definitiva na rotina familiar.

No entanto, o estudo demonstrou que, mesmo diante da implementação de um processo de preparo para a alta, e em que pese o recebimento de informações sobre o cuidado durante a internação, persistem dúvidas que acabam sendo percebidas somente por ocasião da realização dos cuidados no domicílio. Esta inconsistência para a efetivação do cuidado orientado no lar, pode ser atribuída, em grande parte, aos impactos emocionais da experiência da hospitalização para a família do bebê prematuro. Outro aspecto essencial para o sucesso do processo educativo em saúde diz respeito à consolidação de um relacionamento terapêutico adequado, pautado na comunicação efetiva e no acolhimento,

permitindo que a construção da autonomia materna para o cuidado se faça de forma sistematizada e eficaz.

Não obstante os limites da investigação, o estudo aponta a importância do envolvimento do binômio família-criança no contexto da assistência pediátrica e neonatal, bem como enfatiza a ação educativa dos profissionais de saúde como parâmetro para a avaliação da qualidade da atenção prestada.

## REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2006 jan/mar; 6(1):46-57.
2. Souza JC, Silva LMS, Guimarães TA. Preparo para alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. *Pediatria* 2008; 30(4):217-27.
3. Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
4. Kenner C. *Enfermagem neonatal.* Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2001.
5. Issi HB, Schenkel SS, Latuada VTV. Hospitalização da criança e participação da família. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizadora. *Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente: PROENF.* Porto Alegre: Artmed; 2007. p.31-67.
6. Gaíva MAM, Neves AQ, Silveira AO, Siqueira FMG. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. *REME Rev Min Enferm.* 2006; 10(4):387-92.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.* 2ª ed. Brasília (DF); 2011.
8. Trentini M, Paim L. *Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem.* Florianópolis: Insular; 2004.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2010.
10. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
11. Couto FF. *Vivência materna no cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio [dissertação].* São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.
12. Botelho SM. *Representações sociais de mães sobre prematuros hospitalizados e o cuidar materno [dissertação].* Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2011.
13. Fonseca LMM, DeÁngelo N, Castro FSF, Scochi CGS. Aprendizagem participativa de mães e familiares sobre o cuidado do recém-nascido: relato de experiência. *Rev Cultura e Extensão da USP.* 2011; 6(2):91-7.

14. Tronco CS, Padoin SMM, Neves ET, Landerdahl MC. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepções de familiares. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(1):108-13.
15. Sassá AH. Assistência de enfermagem ao bebê nascido de muito baixo peso e a família no domicílio [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2011.
16. Schmidt KT. Percepção de mães acompanhantes acerca do preparo para alta hospitalar do bebê prematuro: ações da equipe de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2011.
17. Wust GG, Vieira CS. O Relacionamento mãe-bebê pré-termo após a alta hospitalar. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(2):311-8.
18. Fonseca EL, Marcon SS. Percepções de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido de baixo peso. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):11-7.
19. Soares DC, Cecagno D, Mibrath VV, Oliveira NA, Cecagno S, Siqueira HCH. Faces do cuidado ao prematuro no domicílio. *Cienc Cuid Saude* 2010; 9(2):238-45.
20. Couto FF, Praça NS. Preparo dos pais de recém-nascidos prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Esc Anna Nery* 2009; 13(4):886-91.
21. Maestri E; Nascimento ERP; Bertoncillo KCG; Martins JJ. Avaliação das estratégias de acolhimento na unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):75-81.
22. Silveira AO, Angelo M. A experiência de interação da família que vivência a doença e hospitalização da criança. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(6):893-900.
23. Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Internação em unidade de terapia intensiva: experiências de familiares. *Rev Gauch Enferm*. 2007; 28(3):377-84.
24. Dittz ES. A mãe no cuidado do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais; 2009.
25. Martins JJ, Nascimento ERP, Geremias CK, Schneider DG, Shwitzer G, Mattioli Neto H. O acolhimento à família na unidade de terapia intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Rev Eletr Enf*. [on line] 2008; [citado em 2012 ago 07]; 10(4):1091-101. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>

## 4.3 ARTIGO 3

**PROTOCOLO PARA A ALTA DE BEBÊS PRÉ-TERMO: SUBSÍDIOS PARA A  
CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA\***

**A PROTOCOL FOR HOSPITAL DISCHARGE OF PREMATURE BABIES:  
SUBSIDIES TO BUILD A PROPOSAL**

**PROTOCOLO DE ALTA PARA BEBÉS PRETÉRMINO: CONSTRUCCIÓN DE  
UNA PROPUESTA**

**Título abreviado:** Protocolo de alta para bebês prematuros

**Marly Veronez**

Enfermeira. Especialista em Fisiologia Humana (UEM). Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Regional de Maringá. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PSE) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Maringá – Paraná – Brasil. marlyveronez@gmail.com.

**Ieda Harumi Higarashi**

Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Permanente do PSE/UEM – Maringá – Paraná – Brasil. ieda1618@gmail.com

**Correspondência:** Marly Veronez

Rua Pioneiro Darville Antonio Huergo, 1743 –Jardim Paris III  
CEP: 87083-210 - Maringá – PR –Brasil.  
Fone: (44) 8819607  
Email: marlyveronez@gmail.com

---

\* Artigo original extraído da Dissertação de Mestrado sob o título “Protocolo de alta de neonatologia: importância da ação educativa no contexto do cuidado ao bebê pré-termo”. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem (PSE) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Maringá – Paraná –Brasil.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever o processo de desenvolvimento de uma proposta de protocolo de alta para recém-nascidos prematuros. Nessa pesquisa exploratória de natureza qualitativa, utilizou-se como referencial metodológico a pesquisa convergente assistencial. Os sujeitos participantes foram seis mães cujos bebês ficaram internados nas unidades neonatais de um hospital escola entre outubro e dezembro de 2011. A inserção gradual e sistematizada das mães nos cuidados ao filho visou capacitá-las para o cuidado domiciliar. Os resultados apontaram oito grupamentos temáticos que devem ser contemplados durante o preparo para a alta. Os cuidados básicos como higiene do bebê e aleitamento materno se destacaram por exigirem maior repetição de intervenções. No que tange às metodologias passíveis de aplicação, o estudo revelou que a alternância de situações de aprendizagem individual e coletiva é extremamente benéfica, dependendo dos conteúdos e objetivos que se pretende alcançar com as intervenções, conforme programação direcionada a cada binômio.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Prematuro. Alta do paciente. Educação em saúde.

## ABSTRACT

A study with the purpose to describe the development process of a proposal of a discharge protocol for premature newborns. In this exploratory research of qualitative nature an existential convergent research was used as methodological referential. The participant subjects were six mothers whose babies were admitted at the neonatal unit of a university hospital school from October to December 2011. The mothers' gradual and systematized insertion in the care for their babies sought to qualify them for the home care. The results pointed eight thematic groups to be considered in the discharge. Basic care, such as the baby's hygiene and breastfeeding were highlighted for they high demand. Regarding the methodologies susceptible to application, the study revealed that the alternation of individual and collective learning situations is extremely beneficial, depending on the contents and objectives that is intended to reach with the interventions, according to the program directed to each binomial.

**Keywords:** Nursing. Premature. Patient discharge. Health education.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir el proceso de desarrollo de una propuesta de protocolo de alta para recién nacidos prematuros. En esta investigación exploratoria de naturaleza cualitativa se utilizó como referencial metodológico la investigación convergente asistencial. Los sujetos fueron seis madres cuyos bebés quedaron internados en unidades neonatales de un hospital enseñanza entre octubre y diciembre, 2011. La inserción gradual y sistematizada de las madres en los cuidados al hijo pretendió capacitarlas para el cuidado domiciliario. Los resultados señalaron ocho grupos temáticos que deben ser contemplados durante el preparo al alta. Los cuidados básicos como higiene del bebé y amamantamiento materno se destacaron por exigir mayor repetición de intervenciones. Sobre las metodologías pasibles de aplicación, el estudio reveló que la alternancia de situaciones de aprendizaje individual y colectivo es extremamente benéfica, dependiendo de los contenidos y objetivos que se pretende alcanzar con las intervenciones, conforme programación para cada binomio.

**Palabras clave:** Enfermería. Prematuro. Alta del paciente. Educación en salud.



## INTRODUÇÃO

O nascimento do recém-nascido pré-termo (RNPT) remete à família a vivência de sentimentos contraditórios permeados de esperança ao presenciar a luta do bebê pela vida e ansiedade frente a constante instabilidade clínica da criança. Diante desta situação, os pais são privados de realizar cuidados ao filho que é internado logo após o nascimento, sentindo-se inseguros e incapazes de atender às necessidades desse bebê após a alta hospitalar.

O cuidado holístico ao bebê prematuro hospitalizado e sua família deve focar-se para além dos cuidados rotineiros de higiene, alimentação e estímulo ao vínculo entre pais e filhos habitualmente abordados pela equipe de saúde. Os aspectos inerentes à condição clínica da criança, assim como as perspectivas psicossociais e culturais da unidade familiar também devem ser considerados durante o preparo dos pais para a alta (COUTO; PRAÇA, 2012)<sup>(1)</sup>.

Frente a esta realidade, o presente estudo teve como objetivo descrever o processo de desenvolvimento de uma proposta de protocolo de alta para RNPT.

## REFERENCIAL TEÓRICO

O preparo da família para a alta do prematuro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é crucial para garantir a continuidade do cuidado ao recém-nascido (RN). Para o sucesso desta etapa, é recomendado que os pais participem de todo o processo a partir do planejamento, ponderando suas sugestões ao plano de cuidados. Observa-se que são insuficientes as estratégias utilizadas para garantir a continuidade do cuidado quando o bebê RN recebe alta da UTIN e do hospital (OLIVEIRA; SENA, 2010)<sup>(2)</sup>.

Entretanto, na assistência ao RNPT, algumas dificuldades são relatadas na literatura, e a ausência de rotinas escritas e registros sistemáticos em prontuário dificultam o seguimento da família. A falta de sistematização desse processo associada à inexistência de registros das informações realizadas sucede em orientações repetidas e fragmentadas resultando em incompreensão ou banalização dos ensinamentos, constatando a necessidade de um protocolo de alta para direcionar esse processo (SCHMIDT, 2011)<sup>(3)</sup>.

Nesse sentido, a planificação de ações sistematizadas, por meio de um protocolo de orientação para alta, configura-se como estratégia para dirimir inconsistências entre os membros da equipe, bem como para a otimização das atividades assistenciais e educativas.

Na enfermagem, os protocolos têm como finalidade colaborar para uniformização e padronização da assistência (ATAKA; OLIVEIRA, 2007)<sup>(4)</sup>.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo descritivo, exploratório e de caráter qualitativo constitui-se parte integrante da pesquisa intitulada “Protocolo de alta em neonatologia: a importância da ação educativa no contexto do cuidado ao bebê pré-termo” desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em nível de mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Para sua implementação, utilizou-se do referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), cuja principal característica é sua articulação intencional com a prática assistencial, o que ocorre principalmente durante a coleta de informações, quando os participantes da pesquisa (pesquisadores e componentes da amostra) se envolvem na assistência e na pesquisa, com a intencionalidade de provocar mudanças qualificadoras daquela assistência (PAIN; TRENTINE; MADUREIRA; STAMM, 2008)<sup>(5)</sup>. Considerando que a PCA permite uso de variados métodos tanto para coleta como para análise dos dados, para o tratamento dos dados optou-se pela utilização da análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2010)<sup>(6)</sup>.

Este estudo foi realizado no Hospital Universitário de Maringá (HUM) e teve como participantes mães de RN com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas e peso de nascimento igual ou superior 1500 g. Foram considerados elegíveis os bebês que estiveram hospitalizados ao nascimento na UTIN ou Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) do HUM por, no mínimo, 72h. Por ser um hospital de referência para atendimento de bebês de risco, foram incluídas mães residentes no município de Maringá ou na região de abrangência da 15ª Regional de Saúde.

A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2011 e não houve delimitação prévia do número de participantes. O registro do processo de orientação realizou-se a partir da observação participante e do relatório das intervenções em diário de campo da pesquisadora. A avaliação deste processo de ensino-aprendizagem foi consolidada por meio da realização de entrevistas após a alta hospitalar no domicílio dos binômios e também nos encontros realizados no ambulatório de especialidades por ocasião do retorno.

O presente estudo foi desenvolvido após a análise e aprovação pelo Comitê Permanente de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UEM, sob o protocolo nº296/2011 e

considerados todos os preceitos éticos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996)<sup>(7)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo contou com a participação de seis mães, embora a pesquisa principal (dissertação) tenha incluído um total de sete mães. A não inclusão da participante, nesta etapa de estudo, se deu em função de sua inclusão tardia (15 dias após o nascimento do bebê), o que inviabilizava a análise dos dados relativos à implementação da PCA e do plano de orientações para a alta, tendo em vista que o início deste processo se dava a partir do terceiro dia de internação do RN.

Na Figura 1 é descrita a caracterização do binômio, apontando ainda dados referentes ao tempo de internação e número de encontros realizados durante o desenvolvimento da pesquisa.

MÃE	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	
Idade	16	31	20	24	28	30	
Escolaridade	Médio incomp.	Superior incomp.	Médio comp.	Médio comp.	Médio comp.	Médio incomp.	
Estado civil	União estável	Casada	Solteira	Casada	Casada	Casada	
Nº filhos anteriores	0	1	0	1	1	1	
Renda (Salários)	2	2	2	3	2	3	
Condições de nascimento	P (g) 1750g	1740g	2110g	1560g	2460g	1905g	
IG	31s	33s	36s	32s	36s	36s	
Apgar do bebê	8-9	10-10	8-9	7-10	8-9	7-10	
Sexo	♂	♂	♀	♀	♂	♀	
Tipo de parto	N	C	C	C	C	N	
Peso de alta (g)	2030g	1940g	3080g	1845g	2405g	1875g	
Tempo de internação (dias)	UTIN	10	13	36	4	8	0
	UCI	6	5	8	21	0	11
	ECM	8	8	5	9	2	3
	Total	24	26	49	34	10	14
Nº encontros	10	14	10	11	4	6	
Intervalo entre alta e 1º VD (dias)	3	5	5	3	3	3	
Intervalo entre 1º e o 2º encontro após alta (dias)	4 (VA)	8 (VD)	7 (VD)	11 (VA)	23 (VA)	8 (VD)	

**LEGENDA:** M = Mãe; P = peso; IG (sem) = Idade Gestacional; Escore de Apgar = 1º e 5º minuto; ♀ = feminino; ♂ = masculino; N = Normal; C = Cesário; UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UCI = Unidade de Cuidados Intermediários; ECM = Enfermaria de Cuidados Mínimos; VD = Visita Domiciliar; VA = Visita Ambulatorial.

Figura 1 – Caracterização das mães, dos RN e dados referentes ao tempo de internação e número de encontros realizados. Maringá – PR, outubro a dezembro de 2011.

A idade das mães variou de 16 a 31 anos. Em relação aos RN, a IG ao nascimento variou de 31 a 36 semanas, e o peso de 1560g a 2460g. O tempo de hospitalização oscilou de dez a 49 dias. Entre os diagnósticos de internação destacaram-se, além da prematuridade: Síndrome do desconforto respiratório, Infecção neonatal, Taquipneia adaptativa, Pequeno para idade gestacional e Gastrosquise.

As mães receberam a primeira visita domiciliar (VD) entre o terceiro e o quinto dia após a alta hospitalar do bebê. Com relação ao segundo encontro pós-alta, três ocorreram no ambulatório de especialidades e três no próprio domicílio das famílias.

### **Implementação do processo de orientação para a alta e o cuidado domiciliar**

Na primeira abordagem das mães, por ocasião do convite à participação no estudo, foi realizada uma avaliação inicial com o objetivo de melhor conhecer o contexto familiar, levantar o histórico obstétrico das participantes e investigar se as mesmas já haviam recebido alguma informação ou orientação após o nascimento do bebê. Das seis mães, uma foi orientada sobre a lavagem das mãos, outra foi instruída sobre troca de fraldas, oferecimento do leite no copinho e aleitamento materno (AM), enquanto quatro delas não haviam recebido qualquer informação prévia.

A partir do primeiro contato, eram programados os encontros seguintes, uma vez que as mães não permaneciam em tempo integral dentro da unidade e algumas residiam em outros municípios. As mães eram gradativamente inseridas nos cuidados ao RN de modo sistematizado e adaptado às demandas e necessidades individuais, sempre com a observância do ritmo de aprendizagem de cada participante. Durante sua permanência no setor, eram efetuadas orientações diversas, com demonstração dos cuidados, bem como por meio do incentivo à sua participação ativa no processo de cuidar.

Essa etapa mostrou-se um período extremamente rico para a consolidação do vínculo afetivo do binômio e para a conquista da segurança materna para o cuidar. Este processo contribuiu ainda para a construção de uma relação de confiança entre a profissional pesquisadora e as mães.

A implementação das orientações se pautou em roteiro elaborado especificamente para este fim, em forma de check-list contemplando os conteúdos considerados primordiais ao preparo das mães para o cuidado do RN e baseado em protocolos utilizados por serviços de atendimento neonatal, bem como em outros materiais bibliográficos e educativos

específicos voltados à orientação materna (MIAKI et al., 2007; FONSECA; SCOCHI, 2009)<sup>(8,9)</sup>.

Deste processo de orientação e preparo para a alta hospitalar, emanaram oito grandes grupamentos temáticos, quais sejam: Cuidados de higiene e conforto (banho, troca de fraldas, curativo do coto umbilical); Aleitamento materno (importância, manejo do AM, “pega”, ordenha, armazenagem, problemas mais comuns); Acompanhamento ponderal (ganho e perda ponderal, reflexos sobre o estado geral do RN, processo de crescimento do RN e lactente); Higiene das mãos (importância, realização da higiene correta); Cuidados específicos (relacionados ao diagnóstico ou quadro clínico do RN, curativos específicos e outros procedimentos pertinentes); Rotinas assistenciais da UTIN (organização e atribuição de funções da equipe, horários e funcionamento, aparato tecnológico e procedimentos assistenciais, exames e orientações sobre vacinação); Cuidados gerais no domicílio (orientação sobre contato pessoal, aglomerações, banho de sol, sono e repouso); Informações sobre o estado clínico do bebê (Quadro geral, procedimentos terapêuticos e resposta clínica).

Observou-se que, do total de oito grupamentos temáticos, quatro (Cuidados de higiene e conforto, Aleitamento materno, Higiene das mãos, Cuidados gerais no domicílio) eram contemplados no roteiro de orientações original, e quatro (Cuidados específicos, Rotinas assistenciais da UTIN, Informações sobre estado clínico do bebê, Acompanhamento ponderal), foram derivados de dúvidas e necessidades detectadas ao longo do processo de preparo das mães, não estando previstos no roteiro previamente elaborado.

Dentre os grupamentos temáticos previstos no roteiro, os que mais foram trabalhados durante os encontros no hospital incluíram as orientações relativas aos cuidados de higiene e conforto do RN, tais como realização do banho, troca de fraldas, cuidados com o coto umbilical e controle da temperatura corporal, totalizando 20 intervenções educativas. Seguiram-se a este grupamento temático as orientações referentes ao aleitamento materno (16 intervenções); cuidados gerais com a criança no domicílio (13) e higiene das mãos (04).

No que tange às orientações não preconizadas ou previstas no roteiro, encontram-se os temas relacionados às rotinas assistenciais do setor, que demandaram 15 intervenções educativas, seguidas das abordagens relativas à perda e ganho ponderal, cuidados

específicos com o RN e informação sobre o estado clínico (condição de saúde-doença) da criança, com três intervenções cada uma.

A sequência dos conteúdos abordados e o tempo demandado para tratar de cada um dos temas ou grupamentos temáticos variaram de acordo com a condição clínica do RNPT, as necessidades específicas das mães e as rotinas estabelecidas no setor.

No caso do ensino de cuidados, inicialmente eram explanados os passos do procedimento a serem seguidos e, posteriormente, a mãe realizava o cuidado conjuntamente ou sob a supervisão da pesquisadora. Com o passar dos dias observava-se que a mãe ia adquirindo habilidade e realizava os cuidados com maior segurança.

No caso da abordagem de temas relacionados à condição da criança, ou esclarecimentos sobre as rotinas e procedimentos usuais do serviço, o processo instrucional se dava de forma individual, evitando-se sobrepor estes temas com a realização simultânea dos cuidados. Temas relativos aos cuidados gerais com o bebê eram tratados coletivamente sempre que possível. Para tanto, era selecionado um horário de maior conveniência e um local específico para que as mães pudessem esclarecer suas dúvidas.

A abordagem destes temas ou discussão de dúvidas, em comum com a participação de um maior número de mães, se mostrou bastante adequado, já que em tais condições as participantes sentiam-se mais à vontade para externar seus anseios, tendo em vista a possibilidade de troca de experiências e informações com outras mães.

A literatura destaca que reuniões semanais com grupos de pais além de proporcionar essas trocas de experiências, são vistas como fonte de apoio entre as famílias, além de proporcionar oportunidades de esclarecimentos de dúvidas em comum sobre patologias, procedimentos e rotinas da unidade (BENGOZI et al., 2010)<sup>(10)</sup>.

### **Dificuldades no ensino-aprendizagem: construindo a autonomia materna para o cuidado**

Durante a internação na UTIN, o direcionamento da intervenção norteou-se pelo quadro clínico da criança, bem como pela disponibilidade materna e necessidades específicas de aprendizagem. Na maior parte das vezes, as mães não apresentavam plena consciência sobre suas necessidades de aprendizagem, moldando-se ao direcionamento proposto pelo roteiro de orientações. As dúvidas espontâneas, em geral, eram decorrentes de alguma intercorrência na evolução do filho internado.

As orientações voltadas ao aprendizado de técnicas e cuidados, ainda que bastante básicos, como o banho e a troca de fraldas foram os que demandaram maior necessidade de repetição, tendo em vista o sequenciamento de passos requeridos para este tipo de ensino e a conquista gradativa de segurança para a realização do cuidado. A ordenha mamária e a oferta do leite, por via oral, foram orientações que também demandaram atenção especial e maior tempo para ensino.

Outro aspecto a ser considerado no contexto de preparo de alta é a não-permanência das mães em período integral, no acompanhamento de seus filhos. Das seis mães que participaram do processo de treinamento, apenas duas residiam no município. Embora isto não tenha afetado a implementação da PCA, visto o agendamento antecipado de todos os encontros, depreende-se que, diante da adoção de um protocolo sistematizado de preparo para a alta no serviço, esta ausência materna poderia prejudicar o caráter de continuidade do processo instrucional.

Dificuldades de ordem social, financeira ou familiar, assim como a presença de outros filhos pequenos em casa podem dificultar a ida ao hospital. A equipe de saúde deve investigar estes fatores logo no início da internação, com o intuito de viabilizar possibilidades de intervenção, direcionando redes de apoio formal ou informal (GAÍVA; SCOCHI, 2005)<sup>(11)</sup>.

Ressalta-se, neste contexto, que os profissionais de saúde devem ser e estar preparados para abordar a mãe em todos os momentos em que esta possa estar presente junto ao filho, incentivando sua participação nos cuidados, oferecendo informações frequentes sobre o bebê, e especialmente, demonstrando interesse e afetividade, que valorizam sua presença e participação efetiva no processo de recuperação do RNPT.

A inserção materna de forma precoce reduz a ansiedade e aumenta a autoconfiança, facilitando deste modo o cuidado do bebê no domicílio (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009)<sup>(12)</sup>. No entanto, longos períodos de afastamento da mãe podem gerar respostas contrárias, como aumento do sentimento de insegurança em relação ao acompanhamento do RN, refletindo-se em maior demora na aquisição da autonomia para o cuidar.

### **Avaliação materna sobre o processo de orientação para a alta: pressupostos para a sistematização**

Buscou-se, por meio das entrevistas realizadas após a alta, identificar eventuais lacunas no processo instrucional efetivado no âmbito hospitalar, principalmente na

perspectiva das mães em seu retorno ao lar e frente à necessidade de assumir integralmente os cuidados com seu filho.

Os resultados mostraram que, uma vez no domicílio, várias dúvidas e dificuldades emergiram mesmo tendo sido trabalhadas no processo de orientação efetivado durante a hospitalização do bebê. Assim, foram apontadas, por três das seis mães entrevistadas, dúvidas relacionadas ao banho, amamentação e controle da temperatura corporal.

Outras dificuldades identificadas foram relacionadas a problemas comuns de adaptação ambiental do RN, tais como o manejo das cólicas, citado por cinco mães e episódios de obstrução nasal, referenciados por quatro participantes. Resultados estes condizentes com a literatura (SASSÁ, 2011)<sup>(13)</sup>, em que famílias de bebês prematuros acompanhadas após a alta, referenciaram como principais dúvidas os cuidados de higiene, além de sinais e sintomas do bebê, que incluíram temperatura corporal, congestão nasal e choro do RN.

Percebe-se que os conhecimentos adquiridos e habilidades desenvolvidas dentro do hospital são aliados importantes para a efetivação do cuidado domiciliar, no entanto, não se mostram suficientes para superar o medo e a insegurança em sua totalidade, demandando um tempo maior da mãe e família para sua adaptação.

*[...] tive dificuldade na hora de dar banho nele, porque lá elas ajudavam [...] eu acho ele muito molinho (M1).*

*[...] foi difícil no começo, me acostumar com ela em casa [...] lá no hospital tinha toda a assistência, sempre estava vindo alguém. [...] aqui eu tive que aprender tudo sozinha (M2).*

Quanto questionadas as mães sobre o processo de orientação para a alta implementado durante a internação, e o resgate das informações recebidas, todas elas apresentaram dificuldade em relembrar boa parte dos conteúdos trabalhados, pela quantidade dos temas abordados.

Nesta perspectiva, a adoção de materiais educativos pelos serviços, bem como a realização de encontros reservados junto às mães para desenvolvimento de programa de educação em saúde, parecem ser alternativas interessantes para fortalecer o processo de aprendizado (FERECINI et al., 2009)<sup>(14)</sup>.



*Nossa! É muita coisa. Não vem na minha cabeça, é muita coisa que eu aprendi lá (M1).*

*Dei uma lida também no livrinho (carteira vacinal) e aprendi bastante coisa [...] lá explica certinho o que a gente deve fazer [...] Quando ir ao médico [...] Aprendi também que o bebê tem que se alimentar até os seis meses só com o leite materno (M3).*

Outro aspecto importante relacionou-se a problemas com o agendamento do retorno ao ambulatório de especialidades, referenciado por quatro das seis mães. Não obstante à coincidência das altas e agendamentos com o final do ano, o que implicou na necessidade de intervalos maiores entre a alta e o retorno, depreende-se que tenha havido algumas falhas no processo de comunicação entre a equipe médica e as mães.

As visitas domiciliares, por sua vez, possibilitam ajudar as famílias a superarem as dificuldades iniciais dentro do lar, sendo também um momento bastante adequado para o incentivo à manutenção do aleitamento materno (BENGOZI, 2010)<sup>(10)</sup> e para a identificação de eventuais lacunas decorrentes do processo de alta.

Problemas relativos ao processo de comunicação e relacionamento interpessoal com membros da equipe, também foram destacadas nas entrevistas a seguir:

*Eu fiquei bem perdida no começo [...] porque ninguém conversava comigo [...] Porque não são todas que são comunicativas [...] que esclarece as coisas pra gente (M4).*

*Eles deviam explicar tudo o que acontece com o nenê, tudo o que vão fazer com o nenê. Eles iam fazer um monte de coisas e não falavam nada. Antes da gente perguntar, já saíam (M1).*

Tendo em vista que, dentre os grupamentos temáticos não-preconizados pelo roteiro de orientação, o mais citado fazia referência às orientações sobre as rotinas assistenciais do setor, verifica-se a necessidade de uma revisão de todo o processo de orientação para a alta. Para superar tal dificuldade, faz-se necessário valorizar o acolhimento das famílias, oportunizando que os pais e a família como um todo exponham suas dúvidas de maneira que a equipe possa nortear a assistência frente às necessidades peculiares de cada caso (MAESTRI et al., 2011)<sup>(15)</sup> e mantendo um canal permanente de comunicação que viabilize a participação e envolvimento dos familiares em todo o processo de hospitalização.

## CONCLUSÃO

Os resultados do estudo ratificam a importância da adoção de um protocolo de orientação para a alta do RNPT, enquanto estratégia para a sistematização da assistência em direção à conquista da autonomia materna no cuidado ao filho, bem como para a equalização de condutas da equipe que assiste o binômio.

Nesse sentido, os protocolos utilizados em outros serviços de neonatologia mostraram-se bastante completos, na medida em que compreendiam as informações essenciais para o ensino-aprendizagem deste cuidado, constituindo-se em referencial importante para a implementação da pesquisa de campo deste estudo. Contudo, a PCA associada às entrevistas no período pós-alta possibilitaram a identificação de outros aspectos importantes, apontando lacunas a serem preenchidas no sentido de viabilizar um processo de orientação mais completo para as mães neste cenário.

Do ponto de vista metodológico, observou-se a necessidade de implementação de um processo educativo-assistencial individualizado, que respeite o ritmo de aprendizagem e o estado de prontidão para “o aprender” de cada mãe ou familiar. Assim também devem ser reguladas a frequência das intervenções educativas e a velocidade com que cada etapa será trabalhada, partindo-se de uma etapa inicial de informação do aporte teórico e operacional do cuidado ou procedimento a ser ensinado, passando pela demonstração da realização do cuidado, até o início do envolvimento e participação ativa da mãe no cuidado. Nesse sentido, e com vistas à aquisição da autonomia para a realização deste, a participação materna primeiramente se dá de forma auxiliada e orientada, progredindo até a realização do cuidado integral com a supervisão da equipe.

Face às demandas apresentadas pelas participantes deste estudo, depreende-se que sejam os cuidados básicos com a alimentação (AM e demais cuidados correlatos) e com a higiene do RN, os tópicos que exigem o maior número de intervenções educativas. Outrossim, a organização dos tópicos em grupamentos temáticos como os derivados das discussões dos resultados do estudo - Cuidados de higiene e conforto, Aleitamento materno, Higiene das mãos, Cuidados gerais no domicílio, Cuidados específicos, Rotinas assistenciais da UTIN, Informações sobre estado clínico do bebê, Acompanhamento ponderal - entre outros emanados de cada realidade assistencial, servem de referencial para o direcionamento da abordagem educativa nestes contextos.

Ainda no que tange às metodologias passíveis de aplicação, o estudo revelou que a alternância de situações de aprendizagem individual e coletiva é extremamente benéfica, dependendo dos conteúdos e objetivos que se pretende alcançar com as intervenções, conforme programação direcionada a cada binômio.

Embora o protocolo tenha a intenção de ser um instrumento sistematizador das ações da equipe, a referência pessoal pode se traduzir em alternativa que facilite a formação do vínculo da família com o serviço. Alguns estudos sobre o tema sugerem a sistemática de “adoção de famílias” pelos profissionais das equipes que assistem em UTIN, de tal modo que para cada família ou binômio possa ser atribuído um profissional, que se responsabilizaria por conduzir o processo de orientação e preparo para a alta, servindo ainda como referencial para o acompanhamento e como suporte de confiança da família vulnerabilizada pela experiência da hospitalização.

Estas e outras abordagens objetivam tornar o processo de orientação para a alta, uma forma de resgatar ou valorizar aspectos como a comunicação, a escuta atenciosa e o acolhimento, como elos tão importantes como são as atividades de ensino do cuidado propriamente ditas.

## REFERÊNCIAS

1. Couto FF, Praça NS. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(1):19-26.
2. Oliveira SR; Sena RR. A alta da unidade de terapia intensiva neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. *REME. Rev Min Enferm.* 2010; 14(1):103-9.
3. Schmidt, KT. Percepção de mães acompanhantes acerca do preparo para alta hospitalar de bebê prematuro: ações da equipe de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2011.
4. Ataka T, Oliveira LSS. Utilização de protocolos de enfermagem no programa de saúde da família no município de São Paulo. *Saúde Coletiva* 2007; 3(13):19-24.
5. Paim L, Trentini M, Madureira VSF, Stamm M. Pesquisa convergente assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2008; 13(3):380-6.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília(DF); 1996.
8. Miaki M, Sarquis AL, Shimidtke AM. Alta do recém-nascido prematuro, normal e patológico. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizadora. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.57-101.
9. Fonseca LMM, Scochi CGS. Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família. 3ª ed. Ribeirão Preto: FIERP; 2009.

10. Bengozi TM, Souza SNDH, Rosseto EG, Radigonda B, Hayakawa LM, Ramalho DP. Uma rede de apoio à família do prematuro. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(1):155-60.
11. Gaíva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(4):444-8.
12. Moraes AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança no domicílio. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(1):24-30.
13. Sassá AH. Assistência de enfermagem ao bebê nascido de muito baixo peso e a família no domicílio [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2011.
14. Ferecini GM et al. Percepções de mães de prematuros acerca da Vicência em um programa educativo. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(3):250-6.
15. Maestri E, Nascimento ERP, Bertoncetto KCG, Martins, JJ. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos Pacientes na unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(1):73-8.

## 5 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM

As implicações do presente estudo para o **ensino da enfermagem** se traduzem na constatação da necessidade da formação continuada do enfermeiro, de tal modo que as necessidades assistenciais de cada contexto se traduzam em elementos propulsores desta formação e aperfeiçoamento permanentes. Neste contexto, mais do que estabelecer uma diretriz de atuação dos profissionais, o estudo permitiu a abertura de um espaço para a discussão de uma das atribuições mais importantes para os profissionais que têm no cuidar seu objeto fundamental de trabalho, representada pela ação educativa-assistencial do enfermeiro.

Tal demanda assistencial implica repensar a formação deste profissional, permeada pela valorização do ensino-aprendizagem em seu fazer cotidiano, e como condição *sine qua nom* à construção de um olhar humanizado e holístico voltado à clientela atendida.

No que tange ao campo da **pesquisa**, o uso do referencial metodológico PCA ratifica a importância de agregar a investigação sistemática ao fazer profissional, enquanto prática não restrita ao universo acadêmico, mas componente indispensável ao trabalho do enfermeiro no diagnóstico contínuo e aperfeiçoamento de sua realidade assistencial. Assim, assistência e pesquisa consolidam-se como ações complementares, que permitem qualificar a ambas, beneficiando os profissionais envolvidos e em especial, os usuários dos serviços.

Para a **prática da enfermagem**, o estudo evidenciou a importância do envolvimento e participação efetiva da mãe para a continuidade do processo de cuidar do RNPT iniciado na UTIN. Desta forma, a inserção e valorização da família nos contextos assistenciais, desde sua admissão na unidade, revelam-se essenciais ao estabelecimento de um relacionamento terapêutico mais efetivo, bem como para o sucesso da prática assistencial. O preparo do familiar, efetuado de forma planejada, gradual, adequada às necessidades específicas, e permeada pela postura acolhedora dos profissionais, favorece uma transição menos traumática para o domicílio, contribuindo significativamente para uma melhor qualidade de vida e sobrevida destes RN.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhar as mães durante toda a internação do bebê prematuro, nos permitiu melhor compreender o momento delicado vivido pelas mães durante o período de hospitalização. Além disso, possibilitou-nos verificar o quanto a participação efetiva da equipe de saúde é essencial nesta fase, tanto no que diz respeito ao seu papel de suporte emocional para o enfrentamento da experiência, como também no processo de construção da autonomia familiar para o cuidado.

Pudemos verificar que a inserção da mãe nos cuidados logo nos primeiros dias após a internação, tem inúmeros benefícios para o binômio, com destaque para a formação e fortalecimento dos vínculos afetivos tão primordiais para a recuperação do RN em estado crítico.

O ensino do cuidado de forma sistematizada durante toda a internação, abrangendo vários temas voltados ao preparo da alta do bebê pré-termo, mostrou-se bastante eficaz, na medida em que as mães apresentaram uma tendência a utilizar tais orientações, como uma espécie de modelo ou roteiro de cuidados, ou seja, as orientações recebidas no ambiente hospitalar serviram como uma referência para o cuidado no domicílio.

Não obstante tal constatação, os resultados mostraram que as mães, mesmo treinadas e orientadas de forma sistemática durante todo o processo de hospitalização, apresentaram diversas dúvidas e mostraram-se inseguras quanto aos cuidados básicos com o bebê. Estas dificuldades foram percebidas somente por ocasião da alta, já no domicílio das famílias, evidenciando a importância do treinamento persistente e direcionado aos pais, iniciada precocemente e estendendo-se ao longo de toda a internação, com vistas a amenizar as dificuldades que venham a surgir no ambiente domiciliar. De forma ideal, seria adequado que as instituições encontrassem meios para dar continuidade ao processo de acompanhamento destas famílias, seja por meio de uma ação de seguimento em nível ambulatorial, seja por meio do aperfeiçoamento do sistema de contra-referência para a atenção básica.

No que tange ao processo educativo implementado, os resultados evidenciaram grandes agrupamentos temáticos, que poderiam ser contemplados por ocasião da formalização de um protocolo de alta neste contexto da atenção neonatal: Cuidados de higiene e conforto; Aleitamento materno; Acompanhamento ponderal; Higiene das mãos;

Cuidados específicos com o RN; Rotinas assistenciais; Cuidados gerais no domicílio e Informações sobre o estado clínico do bebê.

Acreditamos que os temas elencados a partir dos resultados deste estudo possam contemplar as principais demandas de orientação familiar nestes cenários, balizando assim um plano de alta bastante satisfatório para a efetivação do cuidado domiciliar do RN prematuro. Contudo, não podemos esquecer que este plano deve ser também, flexível, de maneira a adequar-se à cada família, permitindo considerar os aspectos individuais e a diversidade de contextos vivenciados por cada núcleo familiar.

Ademais, a complementação do processo de orientação e preparo para a alta com o fornecimento de materiais educativos, tais como livretos e informativos com linguagem simplificada, representam um recurso auxiliar muito importante, no sentido de ajudar os pais a compreenderem um pouco mais sobre o estado de saúde do bebê, além de servir como material de apoio para consultas futuras.

Outro fator apontado pelo estudo foi que o acolhimento e a comunicação adequada são extremamente importantes para a efetividade da ação assistencial e educativa, posto que possibilitam a consolidação de laços de confiança entre a família e equipe de saúde, essencial à criação de um suporte para o enfrentamento da situação vivenciada. Embora muitos fatores positivos tenham se destacado, algumas deficiências e fragilidades dentro deste mesmo contexto foram também elencadas pelas mães, indicando aspectos a serem revistos dentro do processo de preparo para alta.

Acreditamos assim, que a adoção de um protocolo englobando todas as diretrizes evidenciadas neste estudo represente uma primeira tentativa de sistematização de uma atividade tão importante quanto é o preparo para a alta do RN prematuro. Nesta perspectiva, as fragilidades do processo de preparo atualmente vigente, no que tange à inexistência de um roteiro sistematizado de ações, contribuem para que esta atividade se desenvolva de maneira heterogênea, apriorística e subjetiva, sem a definição de um objetivo final a ser cumprido, comprometendo assim, a qualidade da assistência prestada.

Deste modo, e não obstante os limites da presente investigação, acreditamos que as contribuições do estudo se concretizem na medida em que se reitera a importância de melhor investigar cada realidade assistencial, e as ações que compõem esta realidade, de modo a propor estratégias específicas que possam torná-la cada vez mais adequada ao atendimento das necessidades de sua clientela.

## REFERÊNCIAS

ATAKA, T.; OLIVEIRA, L. S. S. Utilização de protocolos de enfermagem no programa de saúde da família no município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 3, n. 13, p. 19-24, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BENGOZI, T. M. et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 155-160, 2010.

BETTINELLI, L. A.; ROSA, J.; ERDMANN, A. L. Internação em unidade de terapia intensiva: experiências de familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 377-384, 2007.

BOTÊLHO, S. M. **Representações sociais de mães sobre prematuros hospitalizados e o cuidar materno**. 2011. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde)–Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196/96**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

CAMPOS, A. C. S. et al. Recém-nascido na unidade de internação neonatal: o olhar da mãe. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**: Rev. Rene, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 52-59, jan./mar. 2008.

COSTA, S. A. F. et al. A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 741-749, out./dez. 2009.

COUTO, F. F. **Vivência materna no cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio**. 2009. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Preparo dos pais de recém-nascidos prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 886-891, 2009.



COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 1, p. 19-26, 2012.

DITZ, E. S. **A mãe no cuidado do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal**. 2009. 147 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)– Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

DUARTE, A. S. et al. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da equipe de enfermagem na alta hospitalar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste: Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 162-170, jul./set. 2010 .

FERECINI, G. M. et al. Percepções de mães de prematuros acerca da Vicência em um programa educativo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 250-256, 2009.

FONSECA, E. L.; MARCON, S. S. Percepções de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido de baixo peso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 1, p. 11-17, 2011.

FONSECA, L. M. M. et al. Aprendizagem participativa de mães e familiares sobre o cuidado do recém-nascido: relato de experiência. **Revista Cultura e Extensão USP**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 91-97, 2011.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. **Cuidados com o bebê prematuro**: orientações para a família. 3. ed. Ribeirão Preto: FIERP, 2009.

GAÍVA, M. A. M. et al. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 387-392, 2006.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 4, p. 444-448, 2005.

GORGULHO, F. R.; RODRIGUES, B. M. D. A relação entre enfermeiros, mães e recém-nascidos em unidade de tratamento intensivo neonatal. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 541-546, out./dez. 2010.

ISSI, H. B.; SCHENKEL, S. S. LATUADA, V. T. V. Hospitalização da criança e participação da família. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Org.). **Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente: PROENF**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 31-67.

KAMADA, I.; ROCHA, M. M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTI. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 404-411, 2006.

KENNER, C. Planejamento de alta e assistência domiciliar. In: \_\_\_\_\_. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 2001a. p. 287-336.

- LOPES, T. C.; MOTA, J. A. C.; COELHO. Perspectivas de um programa de internação domiciliar neonatal no sistema único de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. 4, p. 543-548, jul./ago. 2007.
- MAESTRI, E. et al. Avaliação das estratégias de acolhimento na unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 75-81, 2012.
- MAESTRI, E. et al. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos Pacientes na unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 73-78, 2012.
- MARCH OF DIMES et al. **Born too soon: the global action report on preterm birth**. Geneva: World Health Organization, 2012.
- MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica: pediatria geral e neonatal**. 9. ed. São Paulo: Sarvier. 2003. t. 1.
- MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica: pediatria geral e neonatal**. 9. ed. São Paulo: Sarvier. 2004. t. 3.
- MARTINEZ, J. G., FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonata: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 239-246, mar./abr. 2007.
- MARTINS, J. J. et al. O acolhimento à família na unidade de terapia intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Revista Eletrônica de Enfermagem [online]**, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 1091-1101, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>>. Acesso em: 07 ago. 2012.
- MELO, C. R. M. et al. Conhecendo os sentimentos e expectativas de mães de recém-nascidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 2, p. 739-748, abr./jun. 2010. Disponível em: <[http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/905/pdf\\_57](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/905/pdf_57)>. Acesso em: 09 mar. 2012.
- MIAKI, M.; SARQUIS, A. L.; SHIMIDTKE, A. M. Alta do recém-nascido prematuro, normal e patológico. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Org.). **Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN)**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 57-101.
- MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 136-44, 2005.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. et al. **Pesquisa social teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 24-30, jan./fev. 2009.

MORSE, J. M. Strategies for sampling. In: MORSE, J. M.; FIELD, P. **Qualitative nursing research a contemporary dialogue**. London: Sage, 1991.

OLIVEIRA, S. R.; SENA, R. R. A alta da unidade de terapia intensiva neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 103-109, 2010.

PAIM, L. et al. Pesquisa convergente assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 380-386, 2008.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

PINHEIRO, E. M. et al. Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 86, n. 3, p. 221-227, mar. 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RABELO, M. Z. S. et al. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 333-337, jul./set. 2007.

REICHERT, A. P. S.; COSTA, S. F. G. Refletindo a assistência de enfermagem ao binômio mãe e recém-nascido prematuro na unidade neonatal. **Nursing**, São Paulo, v. 4, n. 38, p. 25-29, jul. 2001.

SASSÁ, A. H. **Assistência de enfermagem ao bebê nascido de muito baixo peso e a família no domicílio**. 2011. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

SCHMIDT, K. T. **Percepção de mães acompanhantes acerca do preparo para alta hospitalar de bebê prematuro**: ações da equipe de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal. 2011. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

SCHMIDT, K.T. et al. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 849-58, out./dez. 2011.

SCHMIDT, K. T. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-81, jan./mar. 2012.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 247-54, abr./jun. 2011.

SILVEIRA, A. O.; ANGELO, M. A experiência de interação da família que vivência a doença e hospitalização da criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 893-900, 2006.

SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-64, out. 2008.

SOARES, D. C. et al. Faces do cuidado ao prematuro extremo no domicílio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 238-245, 2010.

SOUZA, J. C.; SILVA, L. M. S.; GUIMARÃES, T. A. Preparo para alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. **Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 217-227, 2008.

TAMEZ, R. N. **Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro: UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TOMASI, N. G. S.; YAMAMOTO, R. M. **Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais**. Curitiba: As autoras, 1999.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. A pesquisa convergente assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 156-160, 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRONCHIN, D. M. R. **A experiência de tornarem-se pais de recém-nascido prematuro**. 2003. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONCO, C. S. et al. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepções de familiares. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 108-113, 2010.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2009**: situação materna e neonatal. 2009. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowc2009\\_pt.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowc2009_pt.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2012.

VASCONCELOS, M. G. L.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 46-57, jan./mar. 2006.

WUST, G. G.; VIEIRA, C. S. O Relacionamento mãe-bebê pré-termo após a alta hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 311-318, 2011.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **“Protocolo de alta em neonatologia: importância da ação educativa no contexto do cuidado ao bebê prematuro”**, que é orientada pela Profa. Dra. Ieda Harumi Higarashi, do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

A sua participação no estudo se dará de duas formas, num primeiro momento recebendo as orientações e participando do processo de preparo de alta de seu bebê, e num segundo momento, respondendo a um roteiro de entrevistas a respeito de como foi a experiência deste preparo e do retorno ao lar e aos cuidados de seu bebê.

É preciso esclarecer que, na primeira fase do estudo, ou seja, no processo de preparo para a alta do bebê, você receberá orientações para a alta e participará de um processo de preparo, de acordo com um modelo de protocolo de alta que estamos elaborando. Assim, sua participação, por meio de sugestões, dúvidas e críticas será fundamental. Nesta fase, você será solicitada a preencher um Diário de Campo, que forneceremos a você para que registre suas dúvidas, as orientações recebidas, as atividades em que participar de cuidado ao seu filho, tanto enquanto estiver no hospital quanto no seu retorno ao lar. Este diário servirá para avaliarmos como está sendo sua experiência neste processo de treinamento.

Gostaríamos ainda de informar que a sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você tem o direito de recusar-se a participar ou de desistir desta participação a qualquer momento, sem qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa ou a de seu filho. Qualquer que seja a sua decisão quanto a aceitar ou não participar da pesquisa, esta não interferirá no recebimento da assistência a que você já teria direito sem participar no estudo.

Não haverá gastos ou remuneração envolvidos nesta participação. Os benefícios esperados com a participação incluem propiciar informações que nos ajudem a descobrir um formato mais adequado e eficiente de orientação para alta de bebês prematuros, de tal forma a verificar se este treinamento conduzirá a uma adaptação mais tranquila dos familiares aos cuidados domiciliares com o bebê prematuro. Não há garantias quanto ao retorno de benefícios diretos à sua pessoa, contudo sua participação é muito importante para a avaliação de nosso serviço. Não estão previstos, tampouco, riscos ou desconfortos inaceitáveis em sua participação no estudo, já que ela se daria recebendo o treinamento de preparo para alta, e depois, respondendo as questões de um roteiro de entrevistas. Estas entrevistas serão realizadas após a alta de seu bebê, conforme agendamento que a pesquisadora realizará com você pessoalmente, ainda no hospital, ou por telefone, conforme contato previamente fornecido por você. As entrevistas serão realizadas em local e horário de sua preferência, conforme for mais adequado a você. Elas serão gravadas para maior agilidade da entrevista, e no sentido de registrar de forma mais fiel aquilo que for falado. Você tem o direito de deixar de responder qualquer questão que lhe incomode ou cause constrangimento. Os dados desta pesquisa serão utilizados apenas para os fins deste estudo, e após a utilização, serão devidamente descartados, incluindo os registros das entrevistas. As informações do estudo serão utilizadas para fins científicos e em nenhum momento, você ou seu bebê serão identificados.

Caso concorde em participar deste estudo, solicitamos que assine o presente documento, em duas vias de igual teor, sendo que uma devidamente preenchida e assinada

será entregue a você. Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Colocamo-nos a sua inteira disposição para esclarecer qualquer dúvida que tenha ou possa ter, com relação à sua participação no estudo. Para tanto, ao final deste documento, consta nosso endereço e telefone. Caso você tenha dúvidas com relação à parte ética do trabalho, poderá consultar o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEM, cujo endereço também consta ao final.

Eu,.....declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof. Dr<sup>a</sup>. Ieda Harumi Higarashi.

\_\_\_\_\_ Data: .....  
Assinatura

Eu,....., declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

\_\_\_\_\_ Data: .....  
Assinatura

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com os pesquisadores, conforme os endereços abaixo:

Nome: Ieda Harumi Higarashi

Endereço: Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco 01 – Departamento de Enfermagem.

Telefones: (44) 3011-4318/ (44)8821-3876

Nome: Marly Veronez

Endereço: Rua Pioneiro Darville Antonio Huergo n.1743 Jardim Paris III

Telefone: (44) 30293775 / (44) 88196076

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá - Pr. Tel.: (44) 3261-4444

E-mail: cope@uem.



## APÊNDICE B – Ficha de Identificação da Mãe e do Recém-Nascido

### DATA:

### A – IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Estado civil: (....) Solteira (....) Casada ( ) União Estável ( ) Divorciada

Religião:

Renda familiar (salários):

Filhos anteriores (....) não (....) sim. Quantos?      Prematuro: ( ) não ( ) sim

Já foi orientada pela enfermagem para algum cuidado com o bebê? (....) não (....) sim

Se sim. Qual?

Endereço:

Fone (contato):

### B - IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Data de nascimento:

Sexo: M (....) F (....)

Peso Nascimento:

IG:

Tipo de parto: normal ( ) cesariana (....)

Apgar: 1° min:      5° min:

Internado: UTIN (....) N° de dias:

UCI (....): N° de dias:

Data de internação na UTIN:

Data de internação na UCI:

Data de na ECM:

Data da alta hospitalar:

Peso na alta:

Diagnósticos:

Situação atual:

### **APÊNDICE C – Diário da Mãe**

Este diário é para o registro de todos os acontecimentos ocorridos desde o nascimento do seu bebê, passando pela internação no hospital e no retorno de vocês para casa. É importante que você faça estes registros diariamente se possível, nele devem constar informações das mais variadas, aquelas que você acha importante, interessante.

Você pode relatar aqui: suas dúvidas, o que você gostaria de saber, o que você já aprendeu, seus medos. E também suas observações acerca do ambiente de internação do seu filho, das pessoas que cuidam do seu bebê, de fatos marcantes. Não esqueça de colocar a data quando fizer as suas anotações.

Nome da mãe:

Nome do bebê:

#### **Pesquisadora**

Marly Veronez

Telefone: (44) 30293775 - (44) 88196076

**APENDICE D – Roteiro de orientação materna**  
(Baseado no roteiro do protocolo de alta de Londrina)

**Nome da Mãe:**

**Cuidados realizados pela mãe**

- Lavar as mãos antes de cuidar do bebê e alimentá-lo.
- Realização de banho (preparo do banho e ambiente).
- Trocas de fraldas.
- Higiene de coto umbilical.
- Higiene oral.
- Ordenha e oferta pelo copo ou translactação.
- Administração de medicamentos via oral.
- Verificar temperatura corporal do bebê – manipulação do termômetro.

**Orientações sobre o cuidado com o bebê**

- Orientações gerais sobre aleitamento materno
- Evitar ambientes com aglomerados de pessoas.
- Evitar exposição à fumaça de cigarro.
- Cuidados com as roupas do bebê.
- Realizar banho de sol.
- Evitar lenços umedecidos e produtos cosméticos em geral.
- Colocar bebê em decúbito dorsal elevado e evitar decúbito ventral.
- Colocar bebê para dormir em berço próprio, com ninho e cabeceira elevada a 30°.
- Cuidados com preparo do leite em pó e com higiene da mamadeira. (se necessário).
- Colocar o RN para eructar, após a mamada, esperando por pelo menos 15 minutos antes de colocá-lo no berço.
- Orientações sobre o sono do bebê
- Realizar puericultura na UBS e acompanhamento ambulatorial.
- Vacinas
- Prevenção de Acidentes. Manobras de desengasgo.
- *Sinais de alerta:* cianose; palidez; dificuldade respiratória; recusa alimentar, hipoatividade; hipo ou hipertermia; tremores ou convulsões; choro fraco ou gemência; vômitos frequentes; surgimento ou piora da icterícia; sinais de desidratação e choro inconsolável.

**Rotinas**

- Teste do pezinho.
- Teste da orelhinha.
- Teste do olhinho.
- Imunização

**Orientações complementares:** \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Autorização do Hospital Universitário



**Universidade Estadual de Maringá**  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ  
 CENTRO DE ACESSORIA TÉCNICA-CIENTÍFICA



Solicitação nº 072/2011-ATC

Encaminhamos ao Diretor **Superintendente** para ciência e deliberação quanto ao solicitado.

Requerente/Proponente: **Marly Veronez**

Projeto de Pesquisa: **“Protocolo de Alta em Neonatologia: Importância da Ação Educativa no Contexto do Cuidado ao Bebê Prematuro”**

Docente Orientador: **Ieda Harumi Higarashi**

PARECER FAVORÁVEL:  SIM  NÃO

---



---



---



---

*Franna*  
 Assinatura e Carimbo  
 Enf.<sup>a</sup> Franna Vicente Gomes  
 Diretora de Enfermagem/HUM

A solicitação será encaminhada a COREA e à Superintendência do HUM, e autorizado. O seu início está condicionado à aprovação do Comitê Permanente de Ética Envolvendo Seres Humanos. Após aprovação deverá retornar ao Centro de Assessoria Técnica Científica para liberação e agendamento prévio ao setor de interesse do requerente.

*[Assinatura]*  
 Prof. Dr. José Carlos Amador  
 Superintendente - HUM

## ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética



*Fundação Universidade Estadual de Maringá*  
*Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação*  
*Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*


CAAE N°.0206.0.093.000-11

PARECER N°. 296/2011

<b>Pesquisador(a) Responsável:</b> Ieda Harumi Higarashi
<b>Centro/Departamento:</b> CCS / Departamento de Enfermagem
<b>Título do projeto:</b> Protocolo de alta em neonatologia: importância da ação educativa no contexto do cuidado ao bebê prematuro.
<p><b>Considerações:</b></p> <p>O projeto é vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e tem como objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar a efetividade de um protocolo de alta hospitalar para RN prematuros, comparando este modelo ao processo vigente na rotina de atendimento neonatal;</li> <li>- identificar, por meio da percepção das famílias de prematuros participantes, os impactos de um procedimento e outro (modelo de protocolo <i>versus</i> rotina das unidades) sobre a readaptação pós-alta, principalmente no que tange ao cuidado domiciliar prestado ao bebê prematuro;</li> <li>- descrever as ações ou práticas de orientação e de apoio implementadas pela equipe de enfermagem, percebidas como capazes de facilitar ou dificultar o processo de cuidado domiciliar prestado pelas famílias ao bebê prematuro pós-alta hospitalar.</li> </ul> <p>Os sujeitos de pesquisa serão 50 pais/mães de bebês prematuros internados na UTI neonatal do Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM). O procedimento prevê que as mães/pais participarão, num primeiro momento, recebendo as orientações e participando do processo de preparo de alta do seu bebê, e num segundo momento, respondendo a um roteiro de entrevistas a respeito de como foi a experiência deste preparo, bem como do retorno ao lar e da realização dos cuidados de seu bebê..</p> <p>O cronograma de execução foi apresentado, prevendo uma duração total do estudo de 15 meses, entre maio de 2011 e julho de 2012, com início das orientações para mães/pais para julho de 2011. O orçamento do estudo, totalizando R\$ 282,00, segue com informação de que será subsidiado pelos pesquisadores.</p> <p>No projeto é apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dirigido aos sujeitos da pesquisa, convidando-os para participar do projeto, em duas páginas numeradas, com uma breve descrição do projeto, esclarecendo que a participação é voluntária, podendo os participantes recusar-se ou desistir de participar a qualquer momento sem ônus ou prejuízo, sendo garantido o sigilo e confidencialidade. Informa que os benefícios esperados com a participação “incluem propiciar informações que auxiliem a descobrir um formato mais adequado e eficiente de orientação para a alta de bebês prematuro, de tal foram a verificar-se este treinamento conduzirá à uma adaptação mais tranqüila dos familiares aos cuidados domiciliares com o bebê prematuro”. Informa também que não estão previstos “riscos ou desconfortos inaceitáveis em sua participação no estudo, já que ela se daria recebendo treinamento de preparo para alta, e depois, respondendo as questões de um roteiro de entrevistas”.</p> <p>Em anexo são apresentados Modelo de Protocolo de Alta e Modelo de Diário. Também é apresentada solicitação com parecer favorável para a realização da pesquisa no HUM, assinada pelo Prof. Dr. José Carlos Amador, Superintendente do HUM e por Franca Vicente Gomes, diretora de Enfermagem / HUM.</p> <p><b>Parecer:</b></p> <p>Diante do exposto somos de parecer FAVORÁVEL a aprovação do projeto.</p>
<b>Com relação a aplicação do TCLE, conforme instrução operacional do sistema CEP/CONEP, datada de 21/03/2011, os pesquisadores deverão fazer constar, além das assinaturas de ambos (pesquisador e sujeito de pesquisa) nos campos específicos da última página, a rubrica, também de ambos, em todas as folhas do documento (TCLE).</b>
<b>Situação: APROVADO</b>
<b>CONEP:</b> ( X ) para registro ( ) para análise e parecer <b>Data:</b> 10/06/2011



Fundação Universidade Estadual de Maringá  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Relatório Final para Comitê: ( ) Não (X) Sim		Data: 31/08/2012
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 218ª reunião do COPEP em 10/6/2011.		 P/ Profa. Dra. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP



#### Considerações:

O projeto é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e tem como objetivo a elaboração de um protocolo de alta hospitalar para RN prematuro em processo vivente na rotina de atendimento neonatal;

- Identificar, por meio da percepção das famílias de pré-natais e de recém-nascidos e/ou (modos) de protocolo receber notícias das Unidades principalmente no que tange ao cuidado domiciliar prestado ao bebê prematuro;

- Destacar as ações ou práticas de intervenção e de apoio implementadas por meio de equipes de família e a dificuldade de acesso de qualidade de um bebê prematuro pós-alta hospitalar;

Os sujeitos de pesquisa serão 10 pais/mães de bebês prematuros internados na Unidade Regional de Maringá (URM). O procedimento prevê que, em primeiro momento, receberão as informações e participando do processo de consentimento informado, respondendo a um roteiro de entrevistas e respondendo a questionário, com o intuito de informar a lei e de avaliação dos cuidados de seu bebê;

O cronograma de execução foi apresentado, prevendo uma duração total de 2011 e julho de 2012, com início das orientações para divulgação por e-mail, totalizando R\$ 202,00, segue com informações de que será realizado;

No projeto é apresentada Tabela de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado, convidando-os para participar no projeto, em duas páginas, sendo a primeira, esclarecendo que a participação é voluntária, podendo os pais não participar e qualquer momento sem que os projetos, sendo garantido a eles que os benefícios superam os riscos a participação, incluindo proteger informações, fornecer mais adequado e eficiente de orientação para a alta de bebês post, esse momento conduzirá à uma adaptação mais tranquila dos familiares ao bebê prematuro, informando-lhes que não estão previstas "visitas ao bebê" participação no estudo, já que ele se encontra recebendo tratamento de rotina, assim como de um roteiro de entrevista;

Em relação às especificações do Estudo de Protocolo de Alta e Módulo de Avaliação, com parecer favorável para a realização de pesquisa no URM, sendo o Avaliador, Superintendente do URM e por Tereza Vitoria Gomes, diretora de

Fax: (0xx44) 263-5116

Para mais informações sobre o projeto FAVORÁVEL à aprovação do projeto

Caso haja alguma alteração de "CEP", conforme instrução operacional nº 01 de 21/03/2011, os pesquisadores deverão fazer cópias, além das assinaturas, de todos os formulários de pesquisa) nos campos específicos de última página, a ser anexados ao formulário de declaração (DECL).

Situação: APROVADO

COPEP (X) para registro ( ) para análise e parecer Data: 10/06/2011