

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ARIANE THAISE FRELLO**

**PUERPÉRIO DE ALTO RISCO E CUIDADO DE  
ENFERMAGEM:  
INFLUÊNCIA NO PODER VITAL DAS MULHERES**

**FLORIANÓPOLIS  
2013**



**ARIANE THAISE FRELLO**

**PUERPÉRIO DE ALTO RISCO E CUIDADO DE  
ENFERMAGEM:  
INFLUÊNCIA NO PODER VITAL DAS MULHERES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina Área de Concentração: Filosofia e Cuidado, Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Modelos e Tecnologia para o Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Telma Elisa Carraro

**FLORIANÓPOLIS  
2013**

Frello, Ariane Thaise

Puerpério de alto risco e cuidado de enfermagem :  
influência no poder vital das mulheres / Ariane Thaise  
Frello ; orientador, Telma Elisa Carraro - Florianópolis,  
SC, 2013.  
177 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Puerpério. 3. Cuidados de Enfermagem.  
4. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 5. Florence  
Nightingale. I. Carraro, Telma Elisa. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem. III. Título.

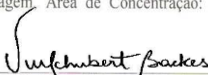
ARIANE THAISE FRELLO

PUERPÉRIO DE ALTO RISCO E CUIDADO DE  
ENFERMAGEM: INFLUÊNCIA NO PODER VITAL DAS  
MULHERES

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 26 de julho de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.




Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Tereza Elisa Carraro  
Presidente



Dra. Marilene Loewen Wall  
Membro



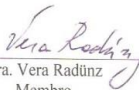
Dra. Sonia Maria K. Meincke  
Membro



Dra. Maria Emilia de Oliveira  
Membro



Dra. Roberta Costa  
Membro



Dra. Vera Radünz  
Membro



Dedico este estudo aos meus amados pais Ari e Jane e ao meu amor Alexandre.





## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu refúgio e minha fortaleza, por me guiar e guardar em todos os meus caminhos, me dando serenidade durante esta etapa de minha vida.

Aos meus pais, Ari e Jane, os grandes responsáveis por eu ter chegado até aqui! Obrigada por terem colocado em primeiro lugar a minha educação, incentivando-me a querer sempre mais e a dar o meu melhor. Por me apoiarem e auxiliarem quando duvidei de minha capacidade. Por serem o ombro amigo e enxugarem as minhas lágrimas. Pelos puxões de orelha que me fizeram crescer e pelos empurrões que não me deixaram desistir. Compartilho com vocês, Pai e Mãe, meu título de doutora!

Ao meu esposo Alexandre, por ser a minha tranquilidade quando a ansiedade do doutoramento tomava conta. Por sua paciência e apoio em todas as fases, sempre me lembrando que os esforços seriam recompensados. Sinto-me muito abençoada por ter um marido que é meu melhor amigo! Teu amor me faz uma pessoa melhor!

À minha orientadora, madrinha de casamento e amiga Telma Elisa Carraro, por ter caminhado junto comigo durante esses 9 anos, desde que comecei como bolsista na 3ª fase em 2004-2. Esses anos foram de muito aprendizado e amizade, obrigada por ter acreditado em meu potencial, por ter compartilhado seus conhecimentos e por demonstrar em seu jeito de ser, a essência do que é cuidar.

Às minhas amigas Mônica e Gabriela, companheiras desde a graduação, pelas conversas e desabafos.

Às Poderosas, Daysi, Fabi, Mariely, Silvana e Terezinha pela amizade e aprendizado em nossos encontros poderosos!

À minha amiga Sandra, pessoa querida enviada por Deus, é sempre uma alegria conversar com você, obrigada por ser esta pessoa iluminada!

Aos colegas de Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando pelos momentos compartilhados ricos em conhecimento e pela amizade construída.

À Profª Vera, pelo cuidado e carinho com que me tratou durante todos estes anos, sua amizade fortaleceu meu poder vital!

À turma do doutorado, por tornarem as aulas mais leves em meio ao bom humor e amizade.

Aos membros da banca, pelas contribuições para a melhoria e qualidade deste trabalho.

Aos Professores, Funcionários e Colegas do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, pela oportunidade e experiência;

À Universidade Federal de Santa Catarina, local de muito estudo e crescimento! Tenho muito orgulho de ter cursado 10 anos ininterruptos de graduação, mestrado e doutorado em uma Universidade com ensino de excelência!

À CAPES pelo apoio através da bolsa de estudos durante todo o doutorado;

Às puérperas de alto risco participantes deste estudo, por compartilharem suas histórias e sentimentos abertamente.

A todos que de alguma forma se fizeram presentes durante esta caminhada, pela compreensão, carinho, incentivo e amizade. Obrigada!

*“Onde não houver pessoas  
descontentes com o que têm,  
o mundo nunca será melhor.”  
Florence Nightingale*



FRELLO, Ariane Thaise. **Puerpério de alto risco e cuidado de enfermagem**: influência no poder vital das mulheres. 138 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientador: Dra. Telma Elisa Carraro

Linha de Pesquisa: Modelos e Tecnologia para o Cuidado em Saúde e Enfermagem.

## **RESUMO**

O objetivo desta tese foi compreender como as mulheres percebem a vivência do puerpério de alto risco. Trata-se de um estudo narrativo com abordagem qualitativa que pesquisou junto de puérperas que estavam com seus bebês na unidade neonatal, configurando esta fase como puerpério de alto risco. A revisão de literatura consistiu no artigo 1, uma revisão integrativa com o objetivo de delinear a relação entre a equipe de enfermagem as mães com bebês internados em unidade neonatal, apresentada em artigos entre 2005 e 2010. O referencial teórico de Florence Nightingale embasou teoricamente o estudo assim como a construção do marco conceitual composto pelos conceitos: ser humano, puerpério de alto risco, poder vital, processo restaurador, ambiente de cuidado e cuidados de enfermagem. A fim de aprofundar conhecimentos sobre a teórica desenvolveu-se uma revisão integrativa no artigo 2 cujo objetivo foi identificar a contribuição de Florence Nightingale nos artigos publicados entre os anos de 2004 e 2011 na percepção de seus autores. Metodologicamente, a entrevista narrativa de Schütze (1977) foi utilizada no tratamento e análise dos dados. A coleta de dados foi realizada em uma instituição pública da região sul do Brasil, no período de janeiro a março de 2010. Foram sujeitos da pesquisa sete puérperas acima de 18 anos cujos bebês estavam na Unidade Neonatal, que desejaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo aprovado pelo CEP nº1132/2010. A análise de dados foi apresentada na forma de manuscritos. O manuscrito 1 teve como objetivo conhecer a experiência de ser puérpera de alto risco. A análise dos dados ocorreu sob a perspectiva da vivência da puérpera de alto risco, buscando-se conhecer sua narrativa frente a esta fase de sua vida. A busca de laços e apoio entre as puérperas de alto risco destacou-se como positivo no fortalecimento do seu poder vital. No manuscrito 2,

o objetivo foi identificar como as mulheres que vivenciam o puerpério de alto risco percebem o cuidado de enfermagem. Nele o cuidado de enfermagem é narrado pelas puérperas de alto risco. A necessidade da enfermagem estar presente e cuidar da mulher é ressaltada nas narrativas, destacando o puerpério de alto risco como uma possibilidade da atuação da enfermeira em fortalecer o poder vital da puérpera. O manuscrito 3, teve por objetivo reconhecer o poder vital expresso nas narrativas das puérperas de alto risco. Destaca-se que o puerpério de alto risco enfraquece o poder vital das mulheres, influenciando no processo restaurador nesta fase. O manuscrito 4, teve por objetivo entender a influência do ambiente hospitalar no puerpério de alto risco. Foi possível perceber o impacto da internação neonatal em suas vidas, na permanência no hospital, um ambiente distante do seu lar. A puérpera de alto risco sente-se cuidada ao compreender que seu filho está sendo cuidado, assim como esquece do seu cuidado ao perceber-se apenas como acompanhante. A pesquisa conclui que é premente que se compreenda o processo restaurador vivenciado e sua influência no poder vital da mulher de forma que os cuidados de enfermagem no puerpério de alto risco possam intervir neste ambiente e torná-lo cuidativo.

**Palavras-Chave:** Enfermagem. Puerpério. Cuidados de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Florence Nightingale.

FRELLO, Ariane Thaise. **High Risk Puerperium and Nursing Care: Influence in Women's Vital Power.** 138p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Advisor: Dra. Telma Elisa Carraro

Line of Research: Models and Technology for Health Care and Nursing

### **ABSTRACT**

This thesis aims at understanding how women realize the experience of high risk puerperium. It is a narrative study with qualitative approach conducted with puerperal women whose newborns were admitted to the neonatal unit, which characterises this phase as high risk puerperium. Article 1 consisted of an integrated literature review aimed at outlining the relationship between the nursing team and the mothers of babies hospitalized in the neonatal unit, presented in articles between 2005 and 2010. The basis for the study were Florence Nightingale's theoretical reference and the construction of a conceptual framework formed by the concepts: human being, high risk puerperium, vital power, restoring process, care environment and nursing care. With the objective of deepening the knowledge of the theoretical basis, an integrated review aimed at identifying Florence Nightingale's contribution in articles published between 2004 and 2011 according to the authors' perception was developed in Article 2. Methodologically, Schütze's narrative interview (1977) was used for data organization and analysis. The data were collected at a public institution in the southern region of Brazil, from January to March 2010. The study subjects were seven puerperal women older than 18 years of age whose children were in the Neonatal Unit and who wished to participate in the study and signed the Informed Consent Form, being approved by the local research ethics n° 1132/2010. The analysis of the data was presented in manuscripts. Manuscript 1 was aimed at learning the experience of being a high risk puerperal woman. Data analysis considered the high risk puerperal woman's experience and was aimed at learning her narrative of this stage in her life. The search for links and support among the high risk puerperal women was highlighted as a positive point for their vital power. Manuscript 2 aims at identifying how women who experience high risk puerperium perceive nursing care. Nursing care is described by the high risk puerperal women from the standpoint of the interlinked

care. The need for the presence of nursing staff that care for the woman is mentioned in the narratives, which also highlight the possibility of the nurses' acting to strengthen the puerperal woman's vital power. Manuscript 3 aimed at recognizing the vital power expressed in the the puerperal women's narratives. The concept of vital power is highlighted in the narratives from the feelings expressed and their impact within the context of the restoring process that is inherent to puerperium. It is highlighted that high risk puerperium weakens the women's vital power, affecting their restoring process at this stage. Manuscript 4 aimed at understand the influence of hospital in the high risk puerperium. Two concepts were developed from the narratives: the human being and the high risk puerperal woman in the environment of care, the hospital. It was possible to perceive the impact of the neonatal hospitalization in their lives, in their stay in the hospital, an unknown environment far from home. It can be seen that the high-risk puerperal women feels cared to notice that your child is being taken care of, and forgets his care to realize itself only as a companion. The study concludes there is an urgent need to understand the restoring process experienced and its influence on the puerperal woman's vital power in such a manner that the nursing care offered during high risk puerperium can intervene in this environment and make it more caring.

**Key Words:** Nursing. Puerperium. Nursing Care. Neonatal Unit. Florence Nightingale.



FRELLO, Ariane Thaise. **Puerperio de Alto Riesgo y Cuidado de Enfermería:** influencia sobre el poder vital de la mujer. 138p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Asesor: Dra. Telma Elisa Carraro

Línea de Investigación: Modelos y Tecnología para el Cuidado de la Salud y Enfermería.

## **RESUMEN**

El objetivo de la presente tesis fue de comprender como las mujeres perciben la experiencia del puerperio de alto riesgo. Se trata de un estudio narrativo con enfoque cualitativa con estudio de puérperas que acompañaban a sus bebés en la unidad neonatal, lo que caracteriza esta fase como puerperio de alto riesgo. La revisión de la literatura consistió en el artículo 1, una revisión integradora con el objetivo de delinear la relación entre el equipo de enfermería y las madres con bebés internados en unidad neonatal, presentada en artículos entre los años 2005 y 2010. La concepción teórica de Florence Nightingale sirvió de base, bien como la construcción del marco conceptual formado por: ser humano, puerperio de alto riesgo, poder vital, proceso restaurador, ambiente de cuidado y cuidados de enfermería. Con el propósito de profundizar los conocimientos sobre la concepción teórica, una revisión integradora fue desarrollada en artículo 2, con el objetivo de identificar la contribución de Florence Nightingale en los artículos publicados entre los años de 2004 y 2011 bajo la percepción de sus autores. Metodológicamente, la entrevista narrativa de Schütze (1977) fue utilizada en la organización y análisis de los datos. La cosecha de datos fue realizada en una institución pública de la región sur de Brasil, en el período de enero a marzo 2010. Siete puérperas mayores de 18 años cuyos bebés estaban en la Unidad Neonatal, que deseaban participar del estudio y firmaran el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido formaron el grupo de estudio. El búsqueda fue aprobado por el comité ético de investigación de nº 1132/2010. El análisis de datos fue presentado como manuscritos. El manuscrito 1 objetivó conocer la experiencia de ser una puérpera de alto riesgo. El análisis de datos ocurrió bajo la perspectiva de la vivencia de la puérpera de alto riesgo, dónde se buscó conocer sus narrativas frente a esa fase de su vida. Se destaca como positiva la búsqueda por lazos y apoyo entre las puérperas de alto riesgo para fortalecer su poder

vital. El objetivo del manuscrito 2 fue identificar como las mujeres que vivencian el puerperio de alto riesgo perciben el cuidado de enfermería. Las narrativas destacan la necesidad de tener la presencia de la enfermería y cuidar de la mujer, donde el puerperio de alto riesgo es una posibilidad para que el enfermero actúe para fortalecer el poder vital de la puérpera. El objetivo del manuscrito 3 fue reconocer el poder vital expresado en las narrativas de las puéperas de alto riesgo. El concepto de poder vital es destacado en las narrativas a partir de los sentimientos expuestos y su impacto en el contexto del proceso restaurador inherente al puerperio. Destácase que el puerperio de alto riesgo debilita el poder vital de las mujeres, influenciando el proceso restaurador en esa fase. El objetivo del manuscrito 4 fue entender la influencia del ambiente hospitalario en el puerperio de alto riesgo. Dos conceptos fueron desarrollados a partir de las narrativas: el ser humano y la puépera de alto riesgo a partir del contexto del ambiente de cuidado, el hospital. Fue posible percibir el impacto de la internación neonatal en sus vidas y en la permanencia en el hospital, un ambiente desconocido y distante de sus hogares. Se puede observar que el puérpera de alto riesgo se siente atendida a notar que su hijo está siendo atendido, y se olvida de su atención para darse cuenta de sí mismo sólo como un compañero. El estudio concluye que la comprensión del proceso restaurador vivenciado y su influencia en el poder vital de la puérpera es urgente para que los cuidados de enfermería en el puerperio de alto riesgo puedan intervenir en ese ambiente, tornándolo cuidador.

**Palabras - clave:** Enfermería. Puerperio. Cuidados de Enfermería. Unidad Neonatal. Florence Nightingale

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Diagramação das etapas da Entrevista Narrativa, proposta por Frello (2013), baseada em Jovchelovitch e Bauer (2011). ..... **54**
- Figura 2: Diagramação do tratamento dos dados da Entrevista Narrativa, proposta por Frello (2013), baseada em Schütze (1977, 1983), Jovchelovitch e Bauer (2002) e Meincke (2007)..... **57**
- Figura 3: Diagramação da análise da Entrevista Narrativa, proposta por Frello(2013), baseada em Schütze (1977, 1983), Jovchelovitch e Bauer (2002) e Meincke (2007). ..... **59**
- Figura 4: Diagramação do tratamento e análise da Entrevista Narrativa, proposta por Frello(2013), baseada em Schütze (1977, 1983), Jovchelovitch e Bauer (2002) e Meincke (2007)..... **60**



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 Trajetórias das Puérperas de Alto Risco Entrevistadas .....	<b>91</b>
--	-----------



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>33</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>35</b>
3.1 RECORTES DA VIDA DE FLORENCE .....	35
3.2 REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DE FLORENCE NIGHTINGALE.....	37
3.3 MARCO CONCEITUAL.....	38
<b>3.3.1 Ser Humano</b> .....	<b>39</b>
<b>3.3.2 Poder Vital</b> .....	<b>39</b>
<b>3.3.3 Puerpério de Alto Risco</b> .....	<b>40</b>
<b>3.3.4 Processo Restaurador</b> .....	<b>41</b>
<b>3.3.5 Cuidado de Enfermagem</b> .....	<b>42</b>
<b>3.3.6 Ambiente de Cuidado</b> .....	<b>44</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>47</b>
4.1 QUESTÕES ÉTICAS .....	47
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	48
4.3 LOCAL DO ESTUDO .....	49
4.4 COLETA DE DADOS .....	49
4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	54
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS</b> .....	<b>61</b>
5.1 PROPOSIÇÕES INDEXADAS: TRAJETÓRIA DAS PUÉRPERAS.....	61
5.2 MANUSCRITO 1: NARRATIVAS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE SER PUÉRPERA DE ALTO RISCO.....	69
5.3 MANUSCRITO 2: CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS DE ALTO RISCO .....	85
5.4 MANUSCRITO 3: A TRAJETÓRIA DAS PUÉRPERAS DE ALTO RISCO: PODER VITAL EXPRESSO NAS NARRATIVAS .....	107
5.5 MANUSCRITO 4: PUÉRPERIO DE ALTO RISCO NO AMBIENTE HOSPITALAR .....	122
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>137</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>141</b>

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>173</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A temática da mulher no processo de parto e puerpério foi uma constante durante a vida acadêmica desta autora. A participação no Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desde a 3ª fase da Graduação, em 2004, apontou a importância da pesquisa científica e despertou-lhe interesse. Ao integrar a dinâmica do Grupo C&C, ela pôde acompanhar e participar como bolsista em diversas atividades e projetos. Destaca-se a participação no Projeto Multicêntrico “Opinião das mulheres puérperas sobre os métodos utilizados para o seu cuidado e conforto no trabalho de parto e parto (OMPP)”.

Desenvolveu em 2007, em conjunto com outra graduanda, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado: “O Cuidado Domiciliar às Mulheres Puérperas e suas Famílias enfatizando o Cuidado de Si”, aprofundando os conhecimentos sobre o cuidado e conforto à mulher e sua família, durante o período gravídico-puerperal. Dando continuidade ao seu interesse na área, em 2009 apresentou sua dissertação de mestrado intitulada: “Componentes do cuidado de enfermagem de Carraro: o processo do parto sob a lente das puérperas”.

O referencial de Florence Nightingale tangenciava ambos os estudos dada a relevância de seus feitos, que vão além do cuidado com o ambiente e devem servir de base para a enfermagem atual. Nightingale (1989) acredita que o ser humano possui um poder vital, o qual, segundo Carraro (1999), é uma força inata ao ser humano, que tende para a vida ou para a morte. Nightingale ainda reforça que o processo restaurador que a natureza instituiu, denominado “doença”, tem sido retardado por falta de conhecimentos da enfermagem (NIGHTINGALE, 1989). Frello (2009) destaca que é possível influenciar o poder vital no processo restaurador inerente ao puerpério preocupando-se com seu estado emocional, as relações interpessoais, seu conforto e bem-estar e as condições do meio ambiente, ao cuidar e confortar a mulher nesse período. Diante do exposto, a autora optou por utilizar os escritos de Florence Nightingale para sustentação teórica desta tese.

Ao longo de sua formação, durante a coleta de dados para as pesquisas, o trabalho de conclusão de curso e a dissertação, chamou-lhe a atenção as puérperas, cujos bebês estavam na unidade neonatal, instigando-a a pesquisar sobre suas necessidades de cuidados.

No puerpério, a mulher vive uma nova experiência, percebe seu

corpo se transformando em ritmo rápido, desfazendo-se das características da gravidez, acumula funções relacionadas aos cuidados com o bebê, modifica sua rotina diária e seus horários. Enfim, lida com suas expectativas, idealizadas na gestação, mas também com as de sua família e sua rede de relações a qual esperou pelo nascimento e vem participar do puerpério junto à mulher e o bebê. Nos dias que sucedem o parto, espera-se visitar a nova mamãe junto ao seu bebê no hospital e logo encontrá-los em casa.

E quando a realidade mostra-se diferente do planejado nesses meses de gravidez? Quando seu bebê necessita de cuidados intensivos? Quando ela recebe alta hospitalar e seu filho permanece na Unidade Neonatal?

Nessa situação, as mulheres vivenciam um momento delicado, cheio de incertezas, expectativas e dor. A notícia da internação na unidade neonatal causa sofrimento a essa puérpera, pois a possibilidade da morte do bebê gera dúvidas, angústias, ansiedade e medo. Ao mesmo tempo, sua vida é dividida entre a vontade de estar no hospital e a necessidade da sua família em casa (SIQUEIRA; DIAS, 2011).

Políticas públicas de saúde vêm discutindo a atenção à saúde da mulher, englobando o puerpério. No Brasil, principalmente a partir de 2004, diversas ações começaram a ser direcionadas à saúde da mulher e criança, em destaque, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) – 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – 2004 e o Manual Técnico para a Atenção Qualificada e Humanizada no Pré-Natal e Puerpério em que sistematiza os cuidados neste período (BRASIL, 2005, 2010).

A presença da mãe junto de seu bebê é garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Art. 12: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 1990). A Iniciativa Hospital Amigo da Criança também discorre sobre o assunto a partir de seus “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, especificamente o 7º passo que especifica: praticar o alojamento conjunto (permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia) (BRASIL, 2004). No entanto, nos documentos acima citados não há especificações em relação à permanência de mães junto à seus bebês prematuros internados em Unidade Neonatal. A partir de 2000 com a criação do Método Canguru, voltado para as mulheres que tem seu filho internado em Unidade Neonatal, é proposta “a aproximação, o mais precocemente possível, entre a mãe e o bebê, para fortalecer o vínculo afetivo, seja nos cuidados

intensivos ou garantindo o alojamento conjunto desde que possível” (BRASIL, 2011a, p.12).

O Método Canguru é considerado uma importante estratégia dos serviços de atenção ao neonato prematuro e sua família. Sua proposta favorece grandes ganhos para o cenário assistencial e científico da Enfermagem. O contato pele a pele entre os pais e filho estimula o vínculo ao mesmo tempo em que ela recebe os devidos cuidados dos profissionais de Enfermagem. O método é uma terapia baseada no íntimo contato entre o bebê e seus pais, utilizando a amamentação convencional exclusiva quando esta é possível ou de dispositivos não invasivos para administração de leite materno (BRASIL, 2011a).

O método é desenvolvido em 3 etapas: a primeira etapa se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do bebê na Unidade Neonatal e consiste no acolhimento dos pais e família, orientação sobre as rotinas do setor, incentivo para o livre acesso dos pais, auxílio na amamentação, estímulo ao toque no bebê dentre outros. A segunda etapa ocorre quando o bebê atinge 1,250 gramas, possui estabilidade clínica e nutrição enteral plena. A partir deste momento o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru é realizada pelo maior tempo possível, funcionando como uma pré-alta hospitalar que ocorrerá quando alcançar 1.600 gramas. Após a alta inicia-se a 3ª etapa do Método Canguru caracterizada pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial (BRASIL, 2011a).

Em 2011, foi lançada nova estratégia de saúde destinada à mulher, a Rede Cegonha, normatizada pela Portaria Nº 1.594, de 24 de junho de 2011. Esta prioriza ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, a partir da reorganização da assistência em saúde, baseada em evidências científicas e centrada no bem-estar da mulher, desde o parto até o puerpério, da criança, até os 24 meses de vida, do pai e da família (BRASIL, 2011b).

Um dos dispositivos propostos nesta portaria é a criação de um novo local de atenção à saúde materna e infantil, denominada Casas de Gestante, Bebê e Puérpera:

As Casas de Gestante, Bebê e Puérpera são unidades de cuidado peri-hospitalares que acolhem, orientam e acompanham: (i) gestantes, puérperas e recém-nascidos de risco que

demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar (internação); (ii) gestantes, puérperas e recém-nascidos que, pela natureza dos agravos apresentados e pela distância do local de residência, não possam retornar ao domicílio no momento de pré-alta e; (iii) **puérperas com bebê internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do serviço de saúde e/ou que necessitam de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com seu bebê** (BRASIL, 2011b, p. 14, grifo nosso).

Sobre as condições de cuidado da Casa, é destacado que:

As Casas devem estar vinculadas à maternidade ou hospital de referência em gestação, parto, nascimento e **puerpério de alto risco**. As unidades devem oferecer condições de permanência, alimentação e acompanhamento pela equipe de referência, com especial empenho pela manutenção da autonomia da mulher e a visita aberta, sendo fundamental manter o modo de cogestão para as decisões da casa e uma ambiência humanizada (BRASILb, 2011, p. 14 grifo nosso).

A Rede Cegonha está em fase de estudo e implementação, ainda assim esta estratégia indica um avanço, em relação ao cuidado das puérperas de alto risco que até então dependiam da iniciativa dos hospitais, em criar um espaço para acolhê-las nesse período, ocorrendo de forma isolada e dispersa no Brasil.

O Ministério da Saúde não traz uma definição específica para o termo puerpério de alto risco, apenas citando “gestação, parto, nascimento e puerpério de alto risco” (BRASIL, 2011b, p.14), no entanto, sabe-se que este termo é comumente relacionado ao período pós-parto após a gestação de alto risco.

Kunzler (2006, p.120) propõe uma definição ampliada:

[...] uma mulher, mesmo não tendo vivenciado uma gestação de alto risco, pode vir a vivenciar um puerpério de alto risco, caso suas necessidades

de cuidado não sejam atendidas, seja pela sua particular adaptação ao puerpério, ou pela influência familiar, circunstancial, social e/ou hospitalar (KUNZLER, 2006, p. 120).

No presente estudo, o Puerpério de Alto Risco é considerado o período em que a mulher vivencia o puerpério, enquanto seu filho recém-nascido está hospitalizado na Unidade Neonatal, o que a leva a distanciar-se de sua família e alternar-se entre os cuidados da sua casa e de seu bebê no hospital, o que pode influenciar no seu processo restaurador.

A literatura registra o puerpério com duração variável em torno de 6 a 8 semanas e inicia-se após a expulsão total da placenta e das membranas ovulares, estendendo-se até o retorno das condições normais pré-gravídicas (ZAMPIERI, 2005). As principais modificações corporais ligadas ao puerpério são a involução uterina, a loqueação e a involução dos sistemas extra-genitais e a lactação. Complicações que se instalam após o terceiro período do trabalho de parto até algumas semanas pós-parto como: hemorragias, infecções, tromboflebitides, perturbações urinárias e patologias mamárias, configuram o puerpério patológico (SANTOS, 2002).

Destaca-se que no puerpério patológico, o foco é a patologia que se instala após o parto, enquanto no de alto risco relaciona-se à mulher em sua totalidade. Conforme Carraro (1999), o puerpério é um período de riscos que merece atenção, em especial nos primeiros dias, os quais são críticos. Observar a reação do organismo da mulher nessa situação possibilitará um cuidado que potencialize o seu poder vital, para que ela a vivencie de forma plena e saudável, tendendo para a vida da mulher e do bebê.

As puérperas de alto risco têm seu filho internado na unidade neonatal, a fim de receber cuidados intensivos logo após o nascimento, permanecendo por mais tempo no hospital, enquanto as mesmas recebem alta e retornam para sua casa sem o seu bebê. Em algumas instituições, a presença das mães durante toda a internação de seu filho é incentivada sem limite de horários, e ainda existe a oportunidade de permanecer no hospital, em instalações que possibilitam a proximidade com o bebê, para fornecer o leite materno, acompanhar a administração do mesmo e participar dos cuidados. Neste estudo, este local é denominado alojamento materno.

Os benefícios da permanência da mãe no hospital com acesso livre ao seu bebê são vários, como: favorecimento das ações voltadas à

integralidade da assistência, redução de seu período de internação, incentivo e manutenção do aleitamento materno, envolvimento das famílias no tratamento e promoção da criação e do fortalecimento de redes de proteção social para todos (BRASIL, 2006).

Os primeiros contatos entre mãe e filho logo após o nascimento são de extrema importância para a construção e fortalecimento do vínculo afetivo entre os dois, porém, quando há a necessidade da internação neonatal, essa separação inesperada pode provocar o surgimento de sentimentos e emoções que interferem no vínculo afetivo mãe-bebê e na relação familiar (ISERHARD et al., 2009). A equipe de enfermagem tem papel essencial na promoção do vínculo mãe e filho (SCHMIDT et al., 2012). É importante inserir a puérpera nos cuidados, aproveitando o momento para ouvi-la e orientá-la, tentando diminuir a ansiedade, a fim de buscar uma relação harmônica entre a mulher, o recém-nascido e a enfermeira (OLIVEIRA, 2001).

A enfermeira tem um papel importante nesse contexto, pois permanece maior tempo junto ao recém-nascido e acompanhando as atitudes e emoções dos pais (MITTAG; WALL, 2004). O estabelecimento da relação entre enfermagem e pais/mãe, permite a expressão dos conflitos, preocupações, medos e inseguranças sentidos com relação ao recém-nascido (BORCK; SANTOS, 2012).

Assim, o cuidado de enfermagem influencia tanto a recuperação do bebê como a da mulher que vive o puerpério de alto risco, situação em que esta se vê sozinha no hospital, longe da família, preocupada com a saúde de seu filho e, em meio às transformações desse período, quadro este que pode enfraquecer o seu poder vital influenciando em seu processo restaurador, com consequências no cuidado ao bebê.

Nightingale enfatiza a importância do cuidado de enfermagem durante o processo restaurador, seja na doença ou mesmo com um indivíduo sadio, realizando este cuidado de forma que minimize o desgaste da capacidade vital do ser humano (NIGHTINGALE, 1989). Neste caso, a puérpera de alto risco.

O cuidar, ato intrínseco ao fazer em Enfermagem, é premente durante todo o pós-parto, potencializando esta necessidade no puerpério de alto risco. Compreende-se o cuidado como repleto de significados, englobando o estar próximo da pessoa cuidada, "respeitando-a em seus momentos de silêncio, de dor, de descontração, de alegria, de individualidade; enfim em seus direitos e independência humana" (CARRARO, 2009, p. 3). Para que essa independência seja respeitada, a interação entre a enfermagem e a mulher no processo, desde a gravidez até o puerpério necessita se fundamentar no "diálogo, sensibilidade,

afetividade, no prazer de estar com o outro” (RODRIGUES; SILVA; FERNANDES, 2006, p. 232).

Assim, o cuidar “[...] não é um saber adquirido em leituras, estudo afincado ou pesquisas, não é nem mesmo um dom. Ele desabrocha e se desenvolve a partir da sensibilidade e do interesse em estar próximo e fazer com que o outro se sinta melhor” (FRELLO, 2009, p. 73).

A necessidade de cuidado durante o puerpério de alto risco é exacerbada em um momento em que a mulher encontra-se em um estado de vulnerabilidade. O puerpério é caracterizado como um período de mudanças e pode apresentar as seguintes vulnerabilidades: fator emocional, modificações físicas e fisiológicas, condições sociais, culturais, étnicas, políticas, econômicas e educacionais (BERNARDI, 2011). O termo vulnerabilidade é definido pelo Conselho de Organizações Internacionais das Ciências Médicas (CIOMS, 2002) como a incapacidade de proteger os próprios interesses. Segundo Rogers e Ballantyne (2008), as pessoas podem se tornar vulneráveis devido a circunstâncias específicas limitadas a um período, como o caso da mãe de um bebê prematuro.

Ter um bebê hospitalizado na unidade neonatal é um momento de crise familiar, principalmente, para a mulher no puerpério, em razão desta situação, ela necessita ser “assistida pelos profissionais de enfermagem munidos de elementos que viabilizam a prática de um cuidado singular, centrado nas crenças, valores e estilos de vida de cada mulher e sua família” (ISERHARD et al., 2009). Esse cuidado de enfermagem deve englobar a autonomia e as necessidades da puérpera, incluindo-a nas decisões que lhe dizem respeito e considerando suas condições físicas e emocionais (CORRÊA et al., 2010). O papel da enfermagem como cuidadora é fundamental, a fim de reduzir a vulnerabilidade e manter a autonomia e dignidade do ser cuidado (WALDOW; BORGES, 2008).

Os estudos científicos nessa área abordam prioritariamente a saúde do bebê e a importância da presença da mãe para a recuperação deste, enfatizando o vínculo mãe e filho, a amamentação e a inserção nos cuidados para que, após a alta, possa dar continuidade em casa (LOPES et al., 2011; ROCHA et al., 2011; SILVA; SILVA, 2009). Porém, a questão, por vezes esquecida, é o processo de restauração em que a mulher se encontra: o puerpério; demonstrando uma lacuna de conhecimento quanto aos cuidados à saúde desta mulher que tem seu bebê internado na unidade neonatal. Já que esta pode se perceber vulnerável, pois, além de estar se recuperando do parto e das

transformações da gravidez, vê-se em meio a uma situação desconhecida e incerta frente ao quadro de saúde de seu bebê, o que influencia a relação com sua família, sua rotina ao permanecer maior tempo no hospital, enfim, afetando-a como ser humano. Dessa forma, o cuidado de enfermagem é imprescindível para ajudá-la a enfrentar este momento de sua vida.

A partir deste cenário emerge o Problema de pesquisa: Como as mulheres percebem a vivência do puerpério de alto risco?

Neste estudo o objetivo é: Compreender como as mulheres percebem a vivência o puerpério de alto risco.

Desta forma a tese é: As mulheres que vivenciam o puerpério de alto risco passam por um processo restaurador que influencia seu poder vital e necessitam de cuidados de enfermagem no ambiente hospitalar.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Estruturou-se a revisão de literatura no formato de revisão integrativa conforme proposto por Ganong (1987) a fim de utilizar uma metodologia mais rigorosa que deixe claro os passos para a coleta, análise e discussão dos dados encontrados na literatura vigente conferindo maior credibilidade ao estudo. O tema escolhido para esta Revisão Integrativa foi As relações estabelecidas entre equipe de enfermagem e mães nas UTINs e seus resultados contribuíram nesta tese para o aprofundamento do tema sobre as mães em uma UTINs.

O objetivo desta revisão foi delinear a relação entre a equipe de enfermagem e as mães com bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, apresentada em artigos publicados entre 2005 e 2010. Foram utilizadas as bases de dados CINAHL, MEDLINE e LILACS, com estudos publicados entre 2005 e 2010 com os descritores: Neonatal Nursing, Premature, Mothers and Nursing Care, totalizando 21 artigos organizados nas categorias: Fases Enfrentadas pelos Pais durante a Estadia do Bebê na UTIN; Relação entre Enfermeira e Mãe; Suporte da Enfermagem; Descuidado na Relação entre Enfermeira e Mãe e Ações de Educação em Saúde. Os estudos apontam a necessidade das mães por suporte o que inclui apoio emocional, envolvimento nos cuidados ao bebê, disponibilidade para estar e conversar.

A revisão foi publicada como artigo na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN) volume 65, número 3 de maio/junho de 2012, disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672012000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000300018&lng=en&nrm=iso), e consta no Apêndice A.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico fornece uma lente para nortear o pesquisador em relação às questões que são importantes a serem estudadas, além de indicar como este deve se posicionar durante o estudo (CRESWELL, 2007).

A teoria de Florence Nightingale foi escolhida como referencial teórico para subsidiar esta tese, conduzindo-a e permeando-a em toda a sua extensão, com a finalidade de aprofundar o conhecimento sobre o cuidado à mulher em puerpério de alto risco.

#### 3.1 RECORTES DA VIDA DE FLORENCE

Na Inglaterra de Florence Nightingale, o século XIX, conhecido como período vitoriano, foi marcado por intensa expansão britânica, rápido crescimento industrial e progresso das ciências, refletindo em todas as camadas sociais, fazendo surgir um tipo feminino que representou o lar inglês com as qualidades de guardião da moral e da castidade. Esse perfil tinha o apoio da Rainha Vitória, a qual incentivava a dedicação à família. As jovens de “boa família” recebiam educação que incluía francês, italiano, piano, dança e bordado para conquistarem pretendentes à sua altura. (MONTEIRO, 1998). O mesmo aconteceu com Florence, porém, por ter sido ensinada por seu pai, foi privilegiada em ter estudado outras línguas, como grego, latim, bem como história e matemática (BASSI, 1999).

Apesar de ter crescido na classe média alta, esteve longe do foco e costumes sociais. Uma indicação do início das suas inclinações é que desde criança tratava de animais feridos e prestava cuidados generosos aos servos de sua família. Aos 17 anos, no dia 7 de fevereiro de 1837, Florence teve uma experiência religiosa quando ouviu uma voz divina chamando-a para uma missão altruísta (SNODGRASS, 1999).

Se escolher uma carreira era um passo radical para uma mulher da classe social de Florence, optar pela enfermagem era algo impensável para a família Nightingale. O que os incomodava era a reputação das enfermeiras na época, que careciam de treinamento e eram quase sempre mulheres grosseiras e ignorantes, promíscuas e bêbadas (COHEN, 1984). No entanto, Nightingale estava decidida em se tornar enfermeira, sentiu que a melhor forma de alcançar seu objetivo seria ingressando em um hospital e, para isso, teria que convencer sua família sobre sua escolha (COSTA et al., 2011). Seu interesse levou-a a visitar o hospital

de diaconisas em Kaiserswerth, na Alemanha, hospitais católicos na França e na Itália, além de ter atuado como enfermeira por um curto período em Paris (NELSON; RAFFERTY, 2010).

Foi como superintendente de Enfermagem, em 1853, na Casa de Gentlewomen, um hospital destinado ao cuidado de idosos localizado na Inglaterra, que Florence iniciou sua atuação profissional na Enfermagem. Já em 1854, durante a Guerra da Criméia, consolidou-se como “Dama da Lâmpada”, pois utilizava uma lâmpada para guiar-se dentro dos pavilhões escuros dos hospitais. Ao organizar um Departamento de Enfermagem, dedicou-se a eliminar os problemas de saneamento dos hospitais. Preocupava-se, também, com a família dos soldados/pacientes, por essa razão, lutou para que os familiares recebessem os pagamentos. Os soldados reuniam-se para assistir palestras, teatro amador e tinham aulas de canto, tudo supervisionado por Florence (BASSI, 1999).

Nightingale teve grande reconhecimento por sua passagem pela Guerra da Criméia. Tornou-se a Salvadora de Scutari, dada sua influência política e apoio de pessoas como a Rainha Vitória. Foi divulgado que ela diminuiu a mortalidade na Criméia de 42,7% para 2,2%, porém, durante toda a sua estada, a mortalidade manteve-se e, por vezes, aumentou. Ela instituiu a limpeza, mas não viu problema no fato de a enfermaria encontrar-se sobre um esgoto aberto. Após seu retorno para a Inglaterra, a Comissão Sanitária mandou fechar o esgoto, o que resultou na diminuição de mortes e, em dois meses, houve a queda divulgada (STANLEY, 2007). Por outro lado, Gil C. e Gil G. (2005) enfatizam que seus feitos contribuíram para o bem-estar dos pacientes, enquanto as mortes estavam relacionadas ao esgoto, algo fora de seu alcance.

Florence retornou da Guerra da Criméia com sua saúde abalada, seus sintomas condiziam com a Febre da Criméia, hoje conhecida como Brucelose. Muitas críticas cercam o seu estado emocional, porém, a doença afetou sua personalidade, deixando-a irritada, nervosa e depressiva. A análise da vida e dos sintomas de Nightingale mostra que ela sofreu por 32 anos, de 1855 até 1887, com muitas dores e crises severas originadas pela doença. Na época, os médicos atribuíam seus sintomas a consequências de sua dedicação excessiva ao trabalho (DOSEY, 2010).

Existem muitas razões para o seu sucesso. Ela tinha a técnica e conhecimentos profissionais, sabia o que queria fazer, e o fez com uma constância de propósitos ao longo das décadas. Quando voltou para a Inglaterra, ao invés de aceitar aplausos do público em Londres, foi

visitar a Rainha Vitória na Escócia, a fim de buscar apoio. O poder dessas duas mulheres, os meios de comunicação públicos, estatísticas e determinação apropriados explicam como Nightingale obteve êxito frente à burocracia militar rígida (NEUHAUSER, 2003).

Ao longo de sua vida, Florence Nightingale escreveu entre 15 a 20 mil cartas a amigos, alunas e conhecidos; redigiu cerca de 200 obras repartidas entre livros, relatórios e panfletos, nos quais estão registradas as suas crenças, observações e desejos de mudança nos cuidados de saúde (ATTEWELL, 1998).

Em 1860, Florence recebeu da Rainha Vitória uma doação de 44.000 libras, usadas para a inauguração da escola de Enfermagem Nightingale, na Inglaterra. Aos 86 anos, começou a apresentar falhas de memória, não conseguindo mais se comunicar de maneira compreensível. Aos 87 anos, foi a primeira mulher a receber a Honraria ao Mérito, do rei Eduardo VII, não tomando, porém, conhecimento disso (CARRARO, 1998). No dia 13 de agosto de 1910, Florence faleceu em Londres, quando dormiu para não acordar mais (BROWN, 1993).

Em 1982, um museu em Londres, que levou seu nome foi fundado com um acervo rico em diários, fotografias, documentos, cartas e vários objetos que mantém vivo não só o legado de Florence, mas permite compreender o expansionismo comercial, industrial e militar da Inglaterra na época e os avanços da saúde, o que atrai anualmente cerca de 28.000 visitantes (OROSCO, 2005; GLASS, 2002).

### 3.2 REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DE FLORENCE NIGHTINGALE

Enriquecer o referencial teórico para além de Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é (NIGHTINGALE, 1989) é imprescindível, a fim de conferir maior densidade à discussão e análise de dados desta tese. Considerando o arcabouço teórico, seu legado à Enfermagem e entrar em contato com outras obras de sua autoria é um expandir de conhecimentos. Ao compreender seus escritos e opiniões sobre outros temas, constata-se a grande escritora, enfermeira e sábia que Florence Nightingale foi.

Atualmente, uma parte de suas obras está disponível no universo *on-line*. Por meio de *sites* <<http://archive.org/>> e <<http://www.google.com.br/>> foi possível ter acesso de forma gratuita às seguintes obras: Notes on Nursing: What is and What is not , Notes

on Nursing for the labouring Classes, Notes on Hospitals, Sanitary Statistics of Native Colonial Schools and Hospitals, Introductory notes on lying-in institutions, together with a proposal for organising an institution for training midwives and midwifery nurses, Una and the lion, Letters to nurses from Florence Nightingale: June, 1897 and February, 1868, e Florence Nightingale to her nurses: A selection from Miss Nightingale's addresses to probationers and nurses of the Nightingale School at St. Thomas Hospital (NIGHTINGALE, 1859, 1861, 1963a, 1863b, 1871, 1873, 1913, 1914). Dois de seus livros são de ficção, Una The Lion e Cassandra.

A contribuição de Florence ultrapassa a enfermagem, influenciando outras áreas de conhecimento, tais como: engenharia, fisioterapia e nutrição. Os estudos tanto sobre sua vida quanto de seus escritos estão sendo cada vez mais constantes e aprofundados. A aplicação na pesquisa, na teoria e na prática, dos escritos produzidos por Florence Nightingale, mantém viva seu legado histórico e científico.

Com o objetivo de identificar a contribuição de Florence Nightingale em publicações científicas entre os anos de 2004 e 2011, na percepção de seus autores, realizou-se uma revisão integrativa, a partir da pesquisa nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Elton B Stephens Company (EBSCOhost), entre os anos de 2004 e 2011, com artigos que continham em seus títulos e/ou resumos, as palavras Florence Nightingale, o que totalizou 33 artigos.

O manuscrito resultante desta revisão integrativa encontra-se foi submetido à Escola Anna Nery Revista de Enfermagem e aceito para publicação em v. 17, n. 03, setembro de 2013. Encontra-se no Apêndice B.

### 3.3 MARCO CONCEITUAL

Conceitos fundamentais a serem aprofundados teoricamente para a continuidade desta investigação foram apontados acima, estes fornecem direcionamento das ideias vinculadas à temática em estudo. A construção de um Marco Conceitual possibilita aprofundar os principais conceitos desenvolvidos ao longo do trabalho, estabelecendo “um ponto que serve como força, como orientação”, assim como uma proposta teórica da qual se busca aproximação (WALL, 2000, p. 24).

O marco conceitual aqui apresentado reflete a base teórica que subsidia esta pesquisa ao buscar os pensamentos de Florence Nightingale e de outros autores, harmonizando-os ao da pesquisadora.

Como **ser humano** complexo e único, possuidor de um **poder**

**vital**, a mulher que vivencia o **puerpério de alto risco** encontra-se em um **processo restaurador**. Neste contexto, a enfermagem precisa voltar seu olhar à puérpera, considerando-a em sua singularidade e oferecer-lhe **cuidados de enfermagem** efetivos visando fortalecer seu poder vital. Ao ponderar que tanto o ambiente externo quanto o interno influenciam a composição de um **ambiente de cuidado** para a mulher, a enfermagem estará ampliando seus cuidados para todos os âmbitos que envolvem o puerpério de alto risco.

### 3.3.1 Ser Humano

A partir do livro *Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*, pode-se compreender, em um primeiro momento, que Florence percebia o ser humano como possuidor de um poder vital influenciável por aspectos como: ventilação, ruídos, iluminação, limpeza, aeração (NIGHTINGALE, 1989). Mas, ela vai além do ambiente físico ao preocupar-se com a qualidade do cuidado realizado ao ser humano, apontando suas necessidades como: distrações a partir de estímulos visuais, visitas agradáveis, contatos com a natureza, trabalhos manuais dentre outros. Assim, a Enfermagem, ao cuidar desse ser humano, precisa mantê-lo “nas melhores condições possíveis a fim de que a natureza possa atuar sobre ele” (NIGHTINGALE, 1989, p. 146).

Segundo Becerril et al (2010, p. 154), Nightingale percebia que o ser humano, referido por ela como paciente, “consiste de um componente físico, intelectual, emocional, social e espiritual, o qual é afetado pelo ambiente e pela intervenção da enfermeira”.

O ser humano, foco deste estudo, é a mulher que vivencia o período pós-parto, denominado puerpério, durante o qual sofre modificações em todos os âmbitos de sua vida. Esta, além de viver as mudanças próprias do puerpério, necessita lidar com uma situação crítica em que seu bebê passa por cuidados intensivos na unidade neonatal, e recebe o nome de puérpera de alto risco. Essa conceituação visa chamar a atenção dos profissionais de saúde para esta puérpera que durante este período necessita de olhares diferenciados, que gerem cuidados de enfermagem diferenciados, para que seu poder vital seja fortalecido influenciando em seu processo restaurador.

### 3.3.2 Poder Vital

O termo poder vital, em inglês *vital power*, é utilizado no livro

Notes on Nursing: de Florence Nightingale em 1859; apresenta variações na tradução para o português, em 1989, para capacidade vital e força vital, ambas com o mesmo significado. Porém, ela não o definiu, apenas apontava que o ser humano é possuidor de poder vital (NIGHTINGALE, 1859; 1989).

Carraro (1998), a partir das leituras de Florence, enfatiza que o ser humano possui poder vital, que é uma força inata ao ser humano, a qual tende para a vida ou para a morte e é usado para vivenciar o processo restaurador em busca do equilíbrio entre a saúde e a doença. Compreende que Florence fazia com que sua atuação girasse em torno desse poder vital, a fim de potencializá-lo, para que o ser humano reagisse em meio a este processo (CARRARO, 1998).

Podemos depreender a partir dos escritos de Florence que a força de vida do ser humano, quando mobilizada positivamente, facilita a restauração da saúde, caso contrário, contribui para a piora do quadro da doença. É possível perceber como está o poder vital de cada pessoa; para tanto, é necessário ter sensibilidade, observação, experiência e paciência para conhecer o outro e compreender qual a melhor forma de agir para fortalecê-lo provendo um cuidado singular. É importante que a enfermagem esteja atenta às variações do poder vital e aja de forma a fortalecê-lo ou, ao menos, evitar mais desgastes por parte do ser cuidado.

O puerpério de alto risco é um processo de restauração em que novas demandas de cuidados são geradas e, quando não correspondidas, podem provocar desequilíbrio em sua saúde, o que exige atenção dos profissionais de enfermagem.

Compreende-se, então, que o poder vital é a força de vida do ser humano, que quando mobilizada positivamente facilita a restauração da saúde, caso contrário, contribui para a piora do quadro da doença. Este é influenciado por aspectos como: ventilação, ruídos, iluminação, limpeza, aeração.

### **3.3.3 Puerpério de Alto Risco**

O termo puerpério de alto risco aqui utilizado, inspirou-se em Kunzler (2006) definido como: “período puerperal após a gestação de alto risco” (KUNZLER, 2006, p. 26). Esta definição foi ampliada por meio da seguinte reflexão:

[...] uma mulher, mesmo não tendo vivenciado uma gestação de alto risco, pode vir a vivenciar



um puerpério de alto risco, caso suas necessidades de cuidado não sejam atendidas, seja pela sua particular adaptação ao puerpério, ou pela influência familiar, circunstancial, social e/ou hospitalar. (KUNZLER, 2006, p. 120)

O termo puerpério de alto risco é utilizado pelo Ministério da Saúde, porém, sem defini-lo, apenas relacionando-o como período após gestação de alto risco, quando cita “gestação, parto, nascimento e puerpério de alto risco” (BRASIL, 2011, p. 14).

Neste estudo, Puerpério de Alto Risco é considerado o período puerperal em que a mulher vivencia o puerpério, enquanto seu filho recém-nascido mantém-se hospitalizado na Unidade Neonatal, o que leva a se alternar entre os cuidados de sua casa e de seu bebê no hospital, o que pode influenciar seu poder vital. Esta fase denota a vulnerabilidade que a mulher apresenta frente ao processo restaurador e as possibilidades de cuidado que a enfermagem deve desenvolver, a fim de potencializar seu poder vital e favorecer seu processo restaurador.

Nightingale (1989, p. 140) ressaltava em suas observações no livro *Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*, que os cuidados “aplicam-se muito mais às crianças e às mulheres na fase do puerpério”, demonstrando assim, preocupação com o cuidado às mulheres nesse período.

### **3.3.4 Processo Restaurador**

Sobre a saúde, Nightingale (1989, p. 16) refletia que “as mesmas leis relacionadas com a saúde ou com a enfermagem (...) prevalecem tanto para indivíduos sadios quanto para doentes”. O estado de saúde deve ser o momento de maximizar as energias vitais da pessoa, a fim de prevenir a doença por meio do controle do ambiente (AMARO CANO, 2004). Florence Nightingale defendia que os cuidados com o ar puro, claridade, aquecimento, silêncio, limpeza e alimentação deveriam persistir em todos os momentos da vida, no processo restaurador. Quando não tomadas, as precauções acima citadas afetariam as pessoas sadias, no entanto, causariam conseqüências mais graves para as doentes (NIGHTINGALE, 1989).

Nightingale (1989, p. 14) afirmava que: “O processo restaurador que a natureza instituiu, ao qual chamamos doença, tem sido retardado por falta de conhecimentos ou de atenção a um ou a todos esses fatores; instalam-se então a dor e o sofrimento, ou ocorre a

interrupção de todo o processo”. Essa restauração citada pode ser compreendida como um processo de ser e estar saudável, enquanto se recupera dos fatores que lhe afetaram. Essa fase pode ser facilitada ao utilizar meios que fortaleçam o poder vital do ser humano ou retardada quando este poder é prejudicado e por consequência enfraquecido.

Nightingale desenvolve também o termo convalescença e os cuidados relacionados a esta fase. Convalescença é o “período de recuperação gradual da saúde e das forças após uma doença” (MICHAELIS, 2008, p. 224). Compreende-se, então, que a mulher no puerpério de alto risco vive um período de convalescença concomitante ao processo restaurador, mesmo não tendo passado por uma doença, mas seu organismo está restabelecendo as forças para voltar ao estado não-gravídico.

A partir dos escritos de Florence, podemos perceber que em sua visão, saúde-doença é um processo constante na vida do ser humano, um processo restaurador influenciado pelo poder vital (CARRARO, 1994). A mulher, enquanto ser humano que vivencia o puerpério de alto risco encontra-se em um limiar entre a saúde e a doença, já que o mesmo não indica a presença de doença. A puérpera vive um processo restaurador, pois encontra-se em um momento delicado, durante o qual seu organismo está se recuperando das transformações instauradas ao longo do processo gravídico puerperal e também preocupa-se com o bebê na unidade neonatal, o que requer cuidados de enfermagem.

### 3.3.5 Cuidado de Enfermagem

Florence defende que a Enfermagem deve se basear em cuidados relativos “ao uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e a seleção adequada tanto da dieta quanto da maneira de servi-la”, evitando um mínimo de desgaste do poder vital do ser cuidado, facilitando que a natureza haja para a restauração da saúde (NIGHTINGALE, 1989, p. 14). E ainda compreendia que

(...) toda enfermeira deve ser uma pessoa com quem se pode contar, isto é, capaz de ser uma enfermeira “de confiança”. (...) não faz mexericos, não conversa futilidades; não responde perguntas sobre seu doente exceto àqueles que têm o direito de fazê-las. (...) deve ser estritamente sóbria, honesta (...) uma observadora segura, direta e

rápida, e ser uma mulher de sentimentos delicados e modestos (NIGHTINGALE, 1989, p. 138).

Amaro Cano (2004) afirmou, baseando-se em Florence, que a Enfermagem tem como responsabilidade garantir ações de cuidados a partir do desenvolvimento de competências como observação, perseverança e inteligência. Sendo confirmada no trecho: “(...) há experiência universal sobre a enorme importância da boa assistência de enfermagem na determinação das consequências da doença” (NIGHTINGALE, 1989, p. 15).

Na versão em português do livro *Notes on Nursing: What is and What is not*, o termo “careful nursing” foi traduzido como boa assistência de enfermagem, o que pode ser compreendido também como cuidado de enfermagem (NIGHTINGALE, 1989). Percebe-se que essa tradução vai ao encontro da terminologia da época no Brasil, quando predominava o termo assistência, enquanto atualmente, amplia-se para cuidado de enfermagem.

Durante todo o livro, Nightingale (1859) destaca a importância do cuidado junto ao ser humano doente e também ao sadio, buscando potencializar seu poder vital, a fim de promover a restauração que a natureza instituiu. Também discorre a respeito do cuidado entre mãe e filho, abordando a importância das mães estudarem sobre como oferecer aos seus filhos uma existência sadia, dada a alta taxa de mortalidade infantil na época (NIGHTINGALE, 1989).

Uma das falas de Florence enfatiza sobre valorizar o que o doente pode auxiliar em sua própria recuperação: “tudo o que o doente puder fazer por si mesmo será melhor que o faça; isto vai significar para ele menos ansiedade” (NIGHTINGALE, 1989, p. 46). Amplia-se esta reflexão para a importância do acompanhante que, no caso deste estudo, é a puérpera de alto risco, ao perceber o valor de poder cuidar de seu filho ainda durante a internação para que diminua os sentimentos de ansiedade, preocupação, culpa, dentre outros, enfim, preparando-se para o momento em que levar o bebê para casa. Assim, permitir que a mãe cuide de seu filho, configura-se também como um cuidado de enfermagem a ela, o que a faz sentir-se mais segura e útil, envolvendo-a no cuidado e fortalecendo seu poder vital.

O cuidado de enfermagem durante o puerpério de alto risco deve estar pautado na suscetibilidade dessa mulher às complicações puerperais, pois devido à sua dedicação ao cuidado com o bebê hospitalizado, pode ter seu poder vital abalado. Ao olhar da

enfermagem, a puérpera não deve ser apenas uma acompanhante, deve tornar-se foco de cuidados necessários durante o período puerperal de alto risco.

### 3.3.6 Ambiente de Cuidado

Nightingale (1989) preocupa-se com o ambiente dando ênfase ao ar puro, claridade, aquecimento, silêncio, limpeza, condições sanitárias das moradias e hospitais, o que inclui rede de esgoto suficiente e iluminação adequada. O modo como o ambiente influencia o poder vital da pessoa acamada é destacado quando sugere a posição da cama com vista para a janela, o uso de cores diferenciadas, objetos de decoração, fotos e flores para distrair e trazer bem-estar ao ser cuidado. Corroborar Amaro Cano (2004), ao afirmar que Florence estava convencida de que o manuseio adequado do ambiente físico do paciente pode ser usado para prevenir a doença.

Em seus escritos, o ambiente é visto como todas as condições e influências externas que influenciam a vida e o desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou a morte (TORRES, 1993). Porém, enfatizou, inclusive, sobre o meio ambiente interno do ser humano, voltando-se ao seu estado emocional e espiritual, suas forças interiores (poder vital), sua reação ao tratamento, dentre outros aspectos (CARRARO, 1994).

É importante ressaltar a preocupação de Nightingale com o ambiente interno do ser humano, ao relacionar os aspectos externos, presentes no quarto do paciente, e o descuido da enfermagem diretamente ligados a piora de seu quadro de saúde, impactando em seu poder vital. Assim como refletia no impacto das emoções, desgastes emocionais frente ao estresse da doença e da internação, na recuperação do paciente, devendo a enfermagem atentar-se a estes aspectos.

O ambiente no qual a mulher que vivencia o puerpério de alto risco passa a maior parte do tempo é o hospital, acompanhando a internação de seu filho. Nightingale (1863) traz em seu livro, *Notes on Hospitals*, uma reflexão sobre a permanência neste:

É uma regra sem exceção, que nenhum paciente deve ficar um dia a mais no hospital do que é absolutamente essencial para o tratamento médico ou cirúrgico. O que, então, deve ser feito com aqueles que ainda não estão aptos para o dia a dia de trabalho? Todo hospital deve ter um setor de

convalescença e cada município sua casa de repouso. (NIGHTINGALE, 1863, p. 107, tradução nossa)

Em seu livro, Nightingale (1863) dedica um capítulo para o Hospital Convalescente, no qual a autora enfatiza a necessidade de um ambiente diferenciado para essas pessoas em convalescença: o hospital convalescente deve se assemelhar ao lar, com ar puro, boa comida, acesso ao jardim e muito descanso. Os pacientes devem ocupar o seu tempo, com serviços de jardinagem, trabalhos manuais e de cuidado com a casa.

O hospital é um ambiente que pode causar estranheza à puérpera de alto risco, torná-lo mais acolhedor deve fazer parte do cuidado da enfermagem. Esse local pode se tornar um ambiente de cuidado quando ela recebe cuidados de enfermagem, podendo influenciar no fortalecimento de seu poder vital, porém, quando a mulher se torna apenas a acompanhante do bebê e é esquecida em suas necessidades de cuidados, seu poder vital é abalado e seu processo restaurador retardado.

Desta forma, é importante lançar mão de subsídios já recomendados por Florence, buscando a partir da mobilização do ambiente externo influenciar positivamente o ambiente interno da mulher. Pensando na puérpera de alto risco como um ser humano em convalescença, proporcionar um local acolhedor dentro do hospital, em que ela possa descansar e se recuperar ao mesmo tempo em que cuida de seu bebê internado, ocupando sua mente com atividades lúdicas e artesanais, configuram cuidado de enfermagem, auxiliando em seu processo restaurador.



## 4 METODOLOGIA

O método qualitativo, utilizado neste estudo, é aquele em que o pesquisador tenta estabelecer o significado dos fenômenos pelo ponto de vista dos participantes, sendo assim, fundamentalmente interpretativo. Desse modo, a pesquisadora qualitativa deve, segundo ter dentre outras características, um “raciocínio complexo multifacetado, interativo e simultâneo”, ou seja, observa os acontecimentos por diferentes aspectos, interagindo e refletindo de forma sensível em todas as fases da pesquisa (CRESWELL, 2007, p. 187).

No método qualitativo, diversas são as formas de coleta e análise de dados. A narrativa, a partir dos passos propostos por Jovchelovitch e Bauer (2011), foi o método escolhido para a coleta de dados. A organização e a análise dos dados foram baseadas em Fritz Schütze (1977), operacionalizada por Jovchelovitch e Bauer (2011) e, posteriormente, aplicada por Meincke (2007), formando assim, o arcabouço metodológico desta tese.

### 4.1 QUESTÕES ÉTICAS

Para a realização deste estudo, foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio do cumprimento das exigências do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio do direito de informação do indivíduo e respeito à liberdade dos participantes para que possam, a qualquer momento, desistir do estudo (BRASIL, 1996).

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, foram adotados também os cinco referenciais básicos da Bioética, quais sejam: autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e anonimato.

Assim, segundo a Resolução 196/96 do CNS e a sua atualização na Resolução 466/2012 (BRASIL, 1996 / 2012), os pressupostos éticos adotados no estudo implicam em:

- a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (**autonomia**). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;
- b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto

atuais como potenciais, individuais ou coletivos (**beneficência**), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (**não-maleficência**);

d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (**justiça e equidade**) e;

e) **anonimato** consiste no zelo das informações confidenciais e dados obtidos (BRASIL, 1996).

O termo vulnerabilidade é definido pelo Conselho de Organizações Internacionais das Ciências Médicas (CIOMS, 2002) como a incapacidade de proteger os próprios interesses. Segundo Rogers e Ballantyne (2008), as pessoas podem tornar-se vulneráveis devido a circunstâncias específicas limitadas a um período, como o caso da mãe de um bebê prematuro. No entanto, leva-se em consideração que se trata de uma pesquisa não clínica o que não acarreta risco aos sujeitos, já que o objetivo da pesquisa é gerar novos conhecimentos sobre o cuidado em enfermagem (BERNARDI, 2011).

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina e obteve aprovação sob o registro 1132/2010 (Anexo A).

#### 4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram sete mulheres puérperas de alto risco, acima de 18 anos, cujos bebês estavam na Unidade Neonatal de um hospital público do sul do Brasil, as quais desejaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Neste estudo, as puérperas serão nomeadas pela letra P, seguida de um número de 1 a 7, a fim de preservar suas identidades. Cada puérpera foi entrevistada uma vez com duração de 30 minutos a uma hora.

A abordagem aconteceu a partir de encontros casuais no alojamento materno e, a partir de conversas com as mulheres que se encontravam no local, esta doutoranda apresentava-se e convidava cada



uma para participar do estudo, marcando um horário para realizar a entrevista.

### 4.3 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado nas dependências de um hospital público do sul do Brasil, e as entrevistas aconteceram na sala de passagem de plantão do Alojamento Conjunto ou na sala de visitas do Método Canguru por serem locais tranquilos que possibilitaram o desenvolvimento das entrevistas sem interrupções.

O estudo foi desenvolvido através de Entrevista Narrativa com mulheres que estavam com seu bebê na Unidade Neonatal. No andar da maternidade, situa-se todo o Serviço Materno-Infantil, o centro obstétrico (CO), a unidade de alojamento conjunto (AC), a Unidade Neonatal, a unidade do Método Canguru, a unidade ginecológica e triagem obstétrica, o local de incentivo ao aleitamento materno e o lactário.

Neste mesmo andar, existe um quarto destinado a acolher mães que estão com seus filhos internados na unidade de neonatologia. Neste estudo, esse local será denominado *alojamento materno*, a fim de manter o anonimato da instituição. O alojamento possui quatro leitos e um banheiro, sendo que as mães são preferencialmente, as que estão nos primeiros cinco dias após o nascimento do bebê, as que estão iniciando o processo de amamentação e as mães residentes fora da cidade em que o hospital se localiza.

### 4.4 COLETA DE DADOS

Utilizou-se a Entrevista Narrativa como método de coleta de dados (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011). Nessa modalidade de entrevista, o informante é encorajado e incentivado a contar a história sobre algum acontecimento (MEINCKE; CARRARO, 2009).

Nos anos 70, o sociólogo alemão Fritz Schütze desenvolveu um método de geração e análise de dados narrativos conhecido como Entrevista Narrativa, cuja principal característica é a exploração de narrativas “improvisadas”, isto é, relatos que o entrevistado produz sem preparação e sem a interrupção do entrevistador (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011).

A narrativa é a tradição de contar um acontecimento de forma sequencial e estruturada, cuja composição mais simples inclui um

começo, um meio e um fim. São sempre versões editadas do que aconteceu, não são descrições objetivas e imparciais, já que as pessoas sempre elegem sobre o que querem contar (RIESSMAN, 1990). A comunicação assume a forma de narrativa, ou seja, uma história contada conforme certas convenções, quando o indivíduo informa algo sobre um evento da vida, uma intenção, um sonho, uma situação complicada, uma doença, um estado de angústia entre outros (BROCKMEIER; HARRÉ, 2003).

O desafio de pesquisar por meio da Entrevista Narrativa é destacado por Grossman e Cardoso (2006, p. 12):

As pessoas expressam-se pelo olhar, pelo toque, pela fala, pelo corpo, até pela “não expressão”. Aventurar-se nesse universo exige dos profissionais de saúde encontrarem formas adequadas de olhar, ouvir, sentir e interpretar. Para isso, não poderão lançar mão de “receitas prontas e universais”, desvalorizando as singularidades de cada um e as diversidades atreladas a contextos socioculturais plurais.

A narrativa tem uma sequência de tempo longitudinal: tem um começo, uma série de eventos que se desenrolam e um (possível) fim. Pressupõe um narrador e um ouvinte, cujo ponto de vista diferente pode afetar a forma como a história é contada. A narrativa preocupa-se com as pessoas; ao invés de simplesmente relatar o que elas fazem ou o que é feito a elas, trata como aqueles indivíduos sentem e como as pessoas se sentem sobre eles (GREENHALGH; HURWITZ, 1999). Ainda há o envolvimento entre o contador de histórias e o ouvinte, em que uma história invariavelmente leva a outra, e outra. Esse processo de pesquisa narrativa significa que a aprendizagem é vivencial e muitas vezes contínua (GUILLEMIN; HEGGEN, 2012).

Grossman e Cardoso (2006, p. 7) refletem sobre a narrativa na pesquisa em saúde:

Embora a doença seja um fenômeno biológico e material, a resposta humana a esse evento não é biologicamente determinada ou aritmeticamente traduzível. A singularidade de cada caso emerge no ato de narrar. Para percebê-la, o profissional necessita ser competente para seguir o fio da narrativa do paciente, dar sentido à sua linguagem

simbólica, compreender o significado das histórias e imaginar a doença pela perspectiva do doente, muitas vezes contraditória. A forma como o paciente fala de sua doença, o modo como o médico a representa em palavras, quem a escuta nas discussões clínicas, o que a audiência é movida a sentir e pensar são dimensões éticas profundas envolvidas nos cuidados à saúde das pessoas.

Narrar é uma manifestação que acompanha o homem desde a sua origem. As narrativas estão estruturadas sobre cinco elementos: os fatos, as personagens, o tempo, o espaço e o narrador; sendo este último, o elemento organizador de todos os outros componentes (GROSSMAN; CARDOSO, 2003).

De acordo com Silva e Trentini (2008), elas podem ser apresentadas em três tipos: narrativas breves, narrativas de vivência e narrativas populares. O presente estudo utilizou as narrativas de vivência, uma vez que buscou retratar a experiência de ser puérpera de alto risco.

A coleta de dados por intermédio da Entrevista Narrativa seguiu os passos que foram baseados em Schütze (1977) e propostos por Jovchelovitch e Bauer (2011, p. 97): "Preparação; Iniciação; Narração Central; Fase de perguntas e Fala Conclusiva".

A *Preparação* é um passo mais demorado, pois é o momento para a compreensão preliminar acerca do acontecimento foco do estudo, tanto para evidenciar as lacunas a serem preenchidas, como formular o tópico inicial, o qual deverá provocar uma narração sustentável.

O pesquisador precisa se familiarizar com o tema a partir de leituras, pesquisa de campo e relatos informais e, com base nesses inquéritos iniciais e em seus interesses, o pesquisador formula a lista de perguntas exmanentes. Questões exmanentes indicam os interesses, formulações e linguagem do pesquisador. As questões exmanentes diferenciam-se das questões imanentes, pois estas surgem durante a narração, trazidas pelo informante. O desafio na tarefa é “traduzir questões exmanentes em questões imanentes, ancorando questões exmanentes na narração, e fazendo uso exclusivamente da própria linguagem do entrevistado” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011, p. 97).

Nessa fase, realizou-se a Revisão Integrativa, intitulada “Enfermagem e a relação com as mães dos neonatos em Unidade de

Terapia Intensiva Neonatal”, que consta como Revisão de Literatura desta tese, a fim de aproximar esta pesquisadora do assunto e sustentar a construção do projeto.

Um passo importante para adequar as questões exmanentes em questões imanentes foi a realização de uma entrevista piloto com uma puérpera de alto risco, antes do início da pesquisa, durante a qual as formas de aproximação do sujeito e as perguntas foram testadas, a fim de ficarem com linguagem clara para as entrevistadas. Após transcrição da entrevista, houve análise e discussão sobre as questões e respostas, assim como a forma de abordagem do tópico inicial e o desencadeamento de uma narração rica para desenvolvimento da pesquisa. Essa entrevista foi uma forma de aprimorar a coleta de dados.

Na *Iniciação*, a pesquisa é explicada em termos gerais ao sujeito e, neste momento, pede-se a permissão para gravar a entrevista aplicando o instrumento de pesquisa (Apêndice D). Ao apresentar o tópico inicial formulado na Preparação, é necessário tomar alguns cuidados: deve fazer parte da experiência do informante; deve ser de significância pessoal e social ou comunitária; o interesse no tema não deve ser mencionado, evitando que se tomem posturas ou assumam papéis no início. Deve-se atentar também para que seja ampla, de forma a permitir que o sujeito desenvolva uma história longa e se devem evitar informações indexadas, não referir datas, nomes ou lugares. As informações devem ser trazidas pelo informante a partir do que é relevante para ele (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011).

Nessa etapa, o estudo foi explanado, seguido pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após a aceitação, a pesquisadora lançou a primeira questão e deixou a entrevistada à vontade para contar sua história.

Quando a Narração Central inicia, não deve ser interrompida até que haja uma clara indicação pela entrevistada de que a história terminou. Nesse momento, deve-se investigar por algo mais: “É tudo o que você gostaria de me contar?”. Durante a narração, são permitidos apenas sinais não-verbais de escuta atenta e encorajamento para continuar se abstendo de qualquer comentário. É possível tomar notas para perguntas posteriores se isto não interferir na narração (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011). Durante essa etapa, o contato visual prolongado foi explorado, a fim de estabelecer vínculo e encorajar a puérpera de alto risco a discorrer livremente.

A fase de *Questionamento* é quando a escuta atenta do entrevistador produz frutos. As questões exmanentes são traduzidas em questões imanentes, na linguagem do informante, para completar as

lacunas da história. Existem três regras básicas: não fazer perguntas como “por quê?”, mas sim, que se refiram aos acontecimentos narrados como: “O que aconteceu depois/antes/então?”, evitando também questões sobre opiniões e atitudes que façam o entrevistado justificar-se ou racionalizar sobre o tópico. A racionalização acontece na Entrevista Narrativa, mas não deve ser investigada, elas aparecem espontaneamente. A segunda regra é perguntar apenas questões imanentes utilizando a linguagem do informante. E a terceira é não apontar contradições na narrativa, evitando um clima de investigação detalhada. Até a fase de Questionamento, as falas são gravadas literalmente (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011). Esse momento foi importante para explorar as falas das entrevistadas, no sentido de permitir que discorressem sobre fatos não explorados inicialmente. Como, por exemplo, a partir da citação de uma depressão no início da internação, aproveitou-se para questionar “Como foi essa depressão no início da internação que você contou?”.

A fase da *Fala Conclusiva* acontece quando o gravador é desligado, o que muitas vezes incentiva a fala em uma situação mais descontraída. São permitidas questões como “por quê?”, o que pode ser uma porta de entrada para a análise, a partir das teorias e explicações que os informantes têm sobre si mesmos. É recomendável o uso de um diário de campo para não perder as informações e sintetizar os conteúdos emergentes na conversa informal (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011). Percebeu-se no decorrer da pesquisa, que a fase da Fala Conclusiva aconteceu em diversos momentos, pois com o desenvolvimento do relacionamento da pesquisadora e entrevistadas foi possível conhecê-las e, nas conversas informais, muitos elementos relevantes foram adicionados ao estudo.

As etapas da Entrevista Narrativa são representadas na figura 1 abaixo:

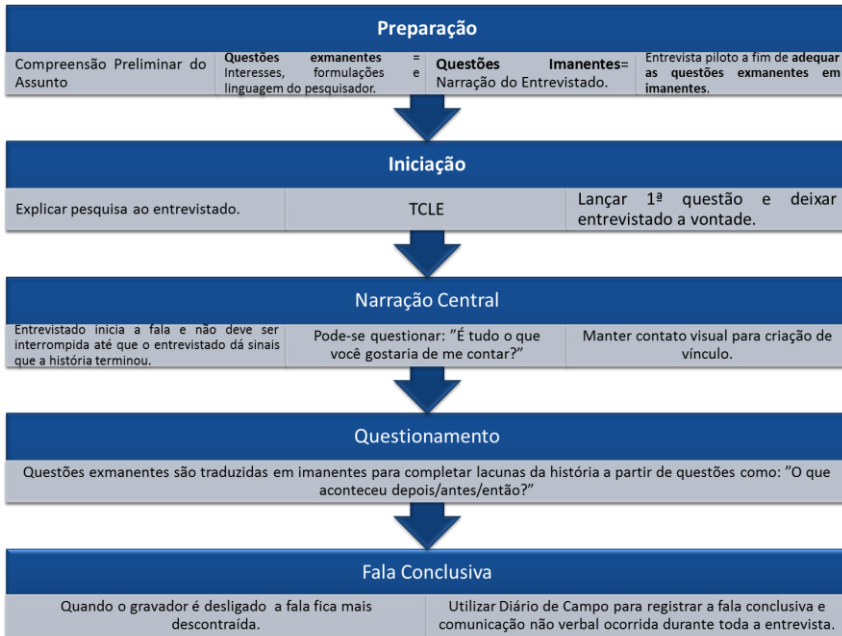


Figura 1: Diagramação das etapas da Entrevista Narrativa, proposta por Frello (2013), baseada em Jovchelovitch e Bauer (2011).

#### 4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A Entrevista Narrativa é um procedimento de coleta de dados que permite contar histórias e pode ser analisada de diversas maneiras. Jovchelovitch e Bauer (2011, p. 105) apresentam três possibilidades: “a análise temática, a proposta do próprio Schütze e a análise estruturalista”. A organização dos dados neste estudo foi baseada em Fritz Schütze (1977), operacionalizada por Jovchelovitch e Bauer (2011) e, posteriormente, aplicada por Meincke (2007). Deparou-se com a escassez de textos disponíveis de Schütze, pois o autor inicialmente desenvolveu a entrevista narrativa, migrando para a narrativa autobiográfica, tema atualmente desenvolvido por ele em diversos textos específicos, ficando a narrativa apenas em seus escritos de 1977. Os dados foram analisados à luz do referencial teórico de Florence Nightingale e metodologicamente de Schütze (1977) apresentados em forma de manuscritos, conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC (Anexo B).

Jovchelovitch e Bauer (2011) apontam o tratamento dos dados nas duas primeiras fases e a análise dos dados ocorre da fase 3 a 6:

**1) Transcrição detalhada do material verbal:** Atentar para as características para-linguísticas, como voz ou as pausas que devem ser transcritas com o objetivo de examinar a versão do estudo, não apenas em conteúdo, mas também quanto à sua forma retórica (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011).

A transcrição das entrevistas ocorreu por meio da digitação no programa Microsoft Word, detalhando cada expressão por meio de parênteses, destacando, por exemplo, momentos de pausa para pensar, risos, emoção, choro e término de fala como é exemplificado abaixo:

*Todo tratamento que foi feito na UTI deu certo para infecção, o ultrassom que ela fez do crânio que deu aquela hemorragia que todo prematuro tem, é normal, está tudo dando certinho e aí viram que dava pra passar, ela atingiu 1,500 gramas, passou para o intermediário, ficou ali dois dias e essa é a terceira etapa que é o Canguru que a gente está ali desde essa semana agora e esses primeiros dias esses cuidados aprendendo ainda, então ela pegando peso chegando aos 1,750 g, a gente vai embora, ela já está com 1,620 g, então quase lá (risos). E é isso (pausa término da fala). (P4)*

**2) Divisão do texto em material indexado e não-indexado.** Indexado tem referência concreta a "quem fez o que, quando e por quê", enquanto o material não-indexado expressa valores, juízos (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011, p. 106).

À leitura das entrevistas, puderam-se perceber nas falas, trechos em que as puérperas contaram suas histórias, detalhando os acontecimentos em ordem cronológica e as pessoas envolvidas em cada momento. A esse material, denomina-se Indexado. As proposições indexadas referem-se ao entrevistado contando a sua história:

*É eles iam tirar ela na quarta-feira, mas como a minha pressão estava muito alta a médica achou melhor deixar mais, tentar baixar pelo menos um pouco. Então, tiraram ela na quinta-feira, às 10h27min da manhã. No parto, eu me senti bem, não tive nada. Depois que tiraram ela, já levaram pra UTI, não precisou de aparelho para respirar, já respirou sozinha. (P7)*

Ao ler as falas das puérperas, percebem-se também trechos em que exprimem seus sentimentos em relação aos acontecimentos, assim como suas reflexões. Esses fazem parte do material não-indexado e podem ser qualificadas em dimensões descritivas e argumentativas. As dimensões descritivas estão relacionadas aos sentimentos e experiências gerados pelos acontecimentos, expressando valores (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011).

O segmento da narrativa da entrevistada abaixo indica suas dimensões descritivas, em que expressa seus sentimentos, experiências, valores e opinião sobre o tema:

*(...) quando ficava no [Alojamento Materno] ficava bem ansiosa, porque aqui eu só ia ali [Unidade Neonatal] pra olhar ela um pouquinho, não podia ter aquele contato, pegava no colo um pouquinho, mas já botava de novo, mas a preocupação de já ser conhecida das meninas que estavam no meu quarto [Alojamento Conjunto] e foram para a [acomodação] também pegou aquela amizade, aquele vínculo, aí uma sempre conversando com a outra, dando força, então a rotina de tirar o leite, as horas passavam mais rapidinho (...). (P4)*

Já as dimensões argumentativas indicam a legitimação do que não é aceito pacificamente na história e as reflexões geradas pelos acontecimentos (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011).

*Até conversando em reunião com as mães, a única reclamação é que eles não falavam pra ti diretamente o que iam fazer, algum procedimento, fazer um exame, um raio x. Por exemplo, ontem ela fez um ultrassom e eu não sei o que deu no ultrassom. O que eles pecam um pouco é de não passar pra ti o que realmente deu no exame, se deu bom, se deu ruim, se deu ali e qual o procedimento que eles vão fazer agora. Eles atendem bem, cuidam bem, mas a equipe, não é nem a equipe de enfermagem, mas a equipe médica que devia passar o que realmente vai acontecer e o que está acontecendo com o bebê. E isso não é passado pelos médicos, só é passado se tu correr atrás e perguntar, se for uma mãe que não pergunta, que deixa por conta dos médicos, eles não te passam e eu corro atrás e pergunto. (P5)*



Nessa segunda fase, são retirados do texto os trechos não narrativos, quando também é realizada a primeira categorização do material, distinguindo-o em concreto e abstrato, ocorrendo uma preparação dos dados para a análise do conhecimento (MEINCKE, 2007).

O tratamento dos dados nesta tese está representada na figura 2 a seguir:

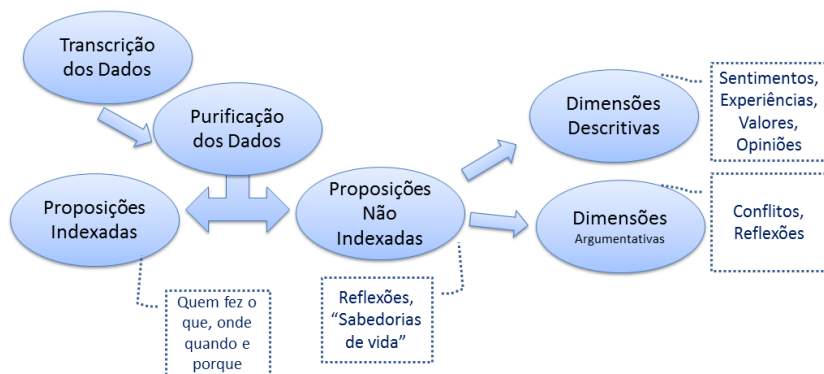


Figura 2: Diagramação do tratamento dos dados da Entrevista Narrativa, proposta por Frello (2013), baseada em Schütze (1977, 1983), Jovchelovitch e Bauer (2002) e Meincke (2007).

Após a organização dos dados, é possível analisá-los a partir das fases apresentadas nos itens 3 a 6:

**3) Uso de todos os componentes indexados** do texto, com o objetivo de analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo, a fim de conhecer o que Schütze chama de trajetória (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). Nessa fase, apresenta-se a história de cada entrevistado que segue relatada no capítulo 5 em que as proposições indexadas foram organizadas, no intuito de expressar a trajetória de cada puérpera de alto risco.

Os passos 4 a 6 são desenvolvidos a partir das proposições não-indexadas:

**4) As dimensões não-indexadas do texto são investigadas como “análise do conhecimento”** (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). Nesta etapa as dimensões descritivas e argumentativas dos entrevistados são apresentadas e analisadas, o que faz emergir a produção do conhecimento (MEINCKE, 2007). A partir das falas não-

indexadas descritivas que expressavam sentimentos, experiências, valores e opiniões e das falas não-indexadas argumentativas que traziam conflitos e reflexões, foi possível iniciar a análise, discutindo as narrativas das puérperas com o que os autores falam sobre cada expressão encontrada.

**5) Agrupamento e comparação entre as narrativas individuais** (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). Nesse momento, o foco são as experiências relatadas individualmente nas narrativas, com o objetivo de agrupá-las e compará-las (MEINCKE, 2007). A partir da leitura e organização das falas, foi possível perceber semelhanças e diferenças nas narrativas e trajetórias de cada puérpera de alto risco.

**6) Comparação de casos dentro do contexto.** As trajetórias individuais são inseridas no contexto e semelhanças são estabelecidas. Nessa fase, ocorre a comparação entre as trajetórias, apontando as trajetórias coletivas (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). O contexto nesta tese é compreendido como o cenário em comum que acolhe os entrevistados, e pode ser um local, uma situação, um sentimento ou condição. Nesse estudo, são vários os contextos compartilhados pelas puérperas de alto risco, explorados nos manuscritos como o ambiente de cuidado, o poder vital, o processo restaurador, assim como o puerpério de alto risco. Dessa forma, a partir da perspectiva do contexto exacerbado nas narrativas, desenvolveu-se a comparação dos casos e aprofundamento das discussões.

Ao destacar as falas, foi possível refletir a partir de autores atuais da área de cuidado à mulher, puerpério e neonatal, relacionando-os com o referencial teórico elaborado a partir da teoria de Florence Nightingale, aprofundando com as reflexões da tese.

A análise de dados está representada na figura 3 abaixo:

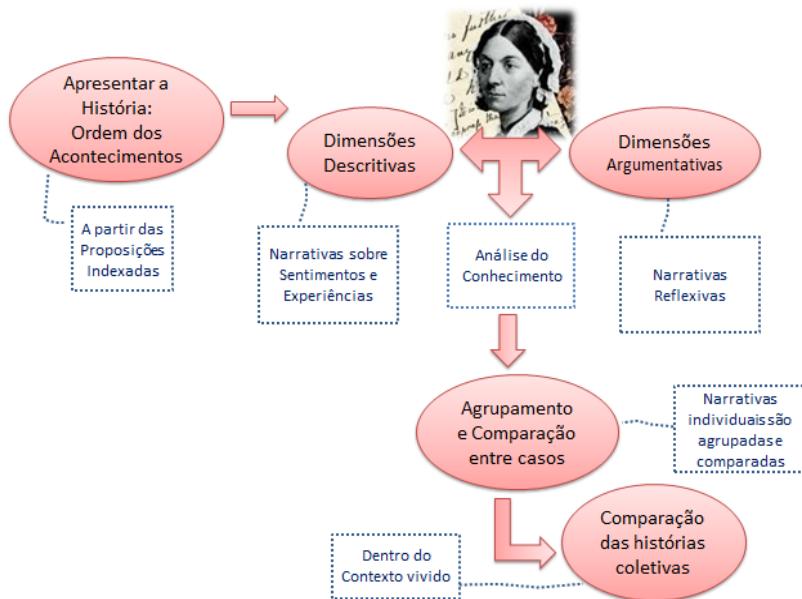


Figura 3: Diagramação da análise da Entrevista Narrativa, proposta por Frello(2013), baseada em Schütze (1977, 1983), Jovchelovitch e Bauer (2002) e Meincke (2007).

A Narrativa de Schütze (1977,1983) operacionalizada por Jovchelovitch e Bauer (2002) e aplicada por Meincke (2007) permitiu melhor compreensão do método, sendo possível realizar as entrevistas, organizar e analisar os dados conforme as fases propostas proporcionando o aprofundamento das discussões e produção de conhecimento sobre o puerpério de alto risco, suas especificidades e necessidades.

A diagramação da organização e análise de dados é representada na figura 4 abaixo, para uma perspectiva de todas as fases:

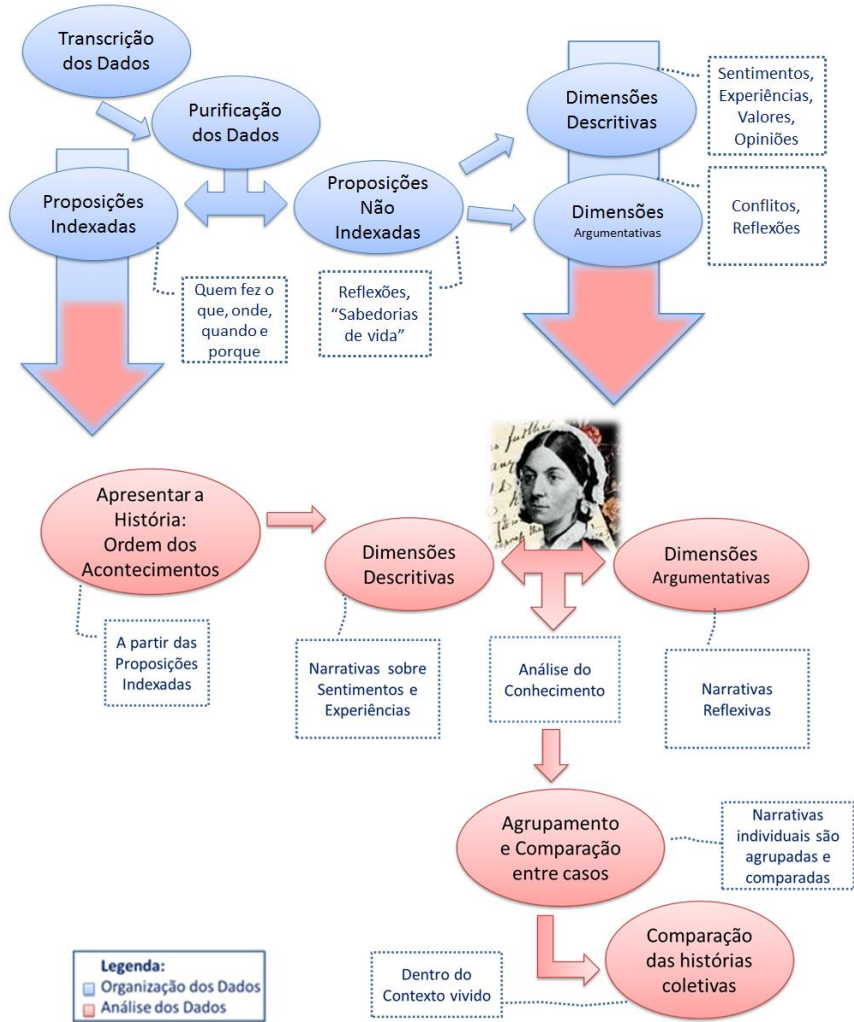


Figura 4: Diagramação do tratamento e análise da Entrevista Narrativa, proposta por Frello(2013), baseada em Schütze (1977, 1983), Jovchelovitch e Bauer (2002) e Meincke (2007).

## 5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A apresentação de dados é composta pelas fases de Schütze (1977), organizadas em um capítulo com as proposições indexadas com a trajetória das puérperas, seguidos de três manuscritos com todas as fases da entrevista narrativa. A apresentação em forma de manuscritos segue a Instrução Normativa 10/PEN/2011, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC (Anexo B).

### 5.1 PROPOSIÇÕES INDEXADAS: TRAJETÓRIA DAS PUÉRPERAS

Nessa fase, apresenta-se o material indexado caracterizado por falas que fazem referência concreta a "quem fez o quê, quando e por quê". Utilizam-se todos os componentes indexados do texto para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo, a fim de conhecer o que Schütze chama de trajetória (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011).

Na presente tese apresenta-se as puérperas de alto risco e sua trajetória a partir de sua narrativa e dos acontecimentos que desejou compartilhar na entrevista. Nota-se que algumas puérperas foram sucintas enquanto outras detalharam suas vivências. As informações descritas a seguir foram narradas pelas entrevistadas, desde seus dados pessoais até seu quadro de saúde e de seus bebês.

#### **Proposições Indexadas: P1**

P1, casada, 35 anos, espírita, reside com seu marido e dois filhos de 14 e 16 anos. Possui 2º grau incompleto e trabalha como gerente de expedição. Teve um parto normal e duas cesáreas, sendo que a última gestação foi gemelar, em que um dos bebês veio a óbito intra-uterino, à 26ª semana de gestação e, à 33ª semana, nasceu o outro bebê, pesando 1,865, o qual foi encaminhado à Unidade Neonatal.

P1 teve gestação gemelar até que no 6º mês foi detectada morte fetal de um dos bebês.

*Em relação à minha gestação ela foi, como eu posso dizer, foi tranquila até o 6º mês, que foi onde eu descobri que o bebezinho morreu. Então, do sexto mês pra cá, até o dia do meu parto tu imagina como que foi.(...) Como é que vai ficar 40 dias com o filho que morreu dentro da barriga? (P1)*

Após a cesárea, foi encaminhada para o Alojamento Conjunto; após dois dias, recebeu alta hospitalar e foi para o alojamento materno. A puérpera pouco conviveu no alojamento materno, pois permaneceu esses dois dias o maior tempo possível na Unidade Neonatal:

*Eu não tenho muita coisa pra dizer em relação ao [alojamento materno] porque eu entrei ontem, pouco fiquei lá tá... Eu digo assim no geral... No [alojamento materno], eu entrei (...) na parte da noite fui transferida pro [alojamento materno], passei praticamente o resto da noite lá nos cuidados intermediários na Unidade Neonatal com o bebê pouco vim, vim tomei um banho, fui buscar lençol, fui buscar coisinhas de noite, eu estava com uma camisolinha mais curtinha, fui lá pedir pra enfermeira, ela me cedeu uma camisolinha mais compridinha e assim, em relação a ali assim não tenho muito o que dizer né, mas vamos ver no desencadear dessa semana, vamos ver... (P1)*

A entrevista foi realizada dois dias após a alta hospitalar na sala de passagem de plantão do Alojamento Conjunto.

### **Proposições Indexadas: P2**

P2, casada, 39 anos, evangélica, reside com seu marido e duas filhas de 11 e 13 anos. Possui 1º grau incompleto e trabalha como merendeira. Em relação às suas gestações, teve duas cesáreas e um parto normal, em que nasceu sua filha à 33ª semana de gestação, pesando 1,030 gramas e foi conduzida à Unidade Neonatal.

P2 foi encaminhada para o hospital devido a uma pré-eclâmpsia e à Síndrome de HELLP, quando ela descreve como algo inesperado:

*No parto, a gente fica pasma estava indo tudo bem a gestação nem sei como, comecei a passar mal a passar mal (...) mas depois Deus deu mais uma chance pra viver (...). (P2)*

A entrevista foi realizada na sala de espera dos pais com bebês na Unidade Neonatal e durante toda a sua fala, P2 demonstrou grande ansiedade para retornar à sua casa, reencontrar seus filhos e sua família, sendo sucinta em relação à sua história e trajetória.

### Proposições Indexadas: P3

P3, casada, 31 anos, católica, reside com seu marido. Possui ensino médio completo e trabalha como balconista no comércio. Teve um parto normal, em que nasceu sua primeira filha, à 26ª semana e 5 dias de gestação, pesando 810 gramas, quando foi encaminhada para Unidade Neonatal.

Aos seis meses de gestação, P3 entrou em trabalho de parto e a bebê foi encaminhada à Unidade Neonatal.

*(...) ela já foi direto pra UTI e até a Pediatra disse olha só fazem dois minutos que ela está respirando sozinha, agora que eu precisei colocar oxigênio nela, eu fiquei muito feliz com aquilo que ela falou "Que menina forte" a pediatra falou, aí já tiveram que levar ela ficou uns dois, quase dois minutos que ela respirou sozinha. (P3)*

Enquanto P3 se recuperava e era conduzida ao Alojamento Conjunto, seu marido acompanhava os cuidados com o bebê.

*Eu levantei, tomei café e eu voltei a ver ela na UTI, mas eu tenho um pouco de medo de falar com o médico. Eu rezava muito pra ela, pra dar certo. Eu voltei pro quarto e de duas em duas horas eu voltava lá pra ver ela, ela estava com oxigênio, no primeiro dia eles não tentaram tirar o oxigênio dela, ela nunca ficou entubada, só no oxigênio, isso também me animava um monte. Aí eles tentavam tirar o oxigênio dela e ela esquecia de respirar. No segundo dia, dava pra ver que ela estava com expressão de dor, eu sentia que ela estava com dor, depois disso parece que ela foi estabilizando, foram dois dias que eu só vi ela dormindo, dando banho, teve um dia que eu vi ela tomando banho, passando paninho nela, outro dia me fizeram trocar a fraldinha dela (risos), aí colocaram ela na luz depois que colocaram ela, a pele dela foi melhorando, perdeu aquela cor feia que ela estava, porque desde que ela nasceu ela tinha uma pigmentação tão feia, grudentinha, era a pele dela. Mas ela tem reflexo, ela pegava na pontinha do dedo, pegava na enfermeira, ela mexia, tinha dias que ela estava muito agitada. (P3)*

Após dois dias de internação, P3 teve alta hospitalar e passa o dia junto de sua filha na Unidade Neonatal.

*A cor está boa e agora tiraram até do narizinho dela, (...) colocaram no canguru, ela ficou quietinha, ela ficou toda quentinha, ela não esfriou, fiquei quase uma hora com ela. À tarde, eu posso pedir de novo e pode ser o pai dela, também pode fazer, só que como ele anda na rua trabalhando, o ideal é fazer de manhã, quando vem de banho tomado de casa, então ele não vai poder fazer a tarde, vai vir de manhã pra fazer e eu a tarde de novo, vou pedir com certeza pra fazer. (P3)*

A entrevista foi realizada na sala de espera dos pais com bebês na Unidade Neonatal, no 5º dia de internação de seu bebê, enquanto P3 passava o dia no Alojamento Materno.

#### **Proposições Indexadas: P4**

P4, casada, 31 anos, evangélica, reside com seu marido e duas filhas de 4 e 13 anos. Possui Ensino Médio Incompleto e trabalha como babá em casa de família. Teve um aborto, dois partos normais e a recente cesárea, em que a bebê nasceu à 28ª semana e 6 dias de gestação, pesando 710 gramas, quando foi internada na Unidade Neonatal.

P4 relatou que realizou seu pré-natal no ambulatório do hospital, pois foi encaminhada pela unidade de saúde de seu bairro, após o diagnóstico de gravidez de alto risco por pré-eclâmpsia. No dia 2 de dezembro, veio ao ambulatório para a realização de ultrassonografia com doppler para checar o desenvolvimento e o sexo do bebê.

*Eu fiz o ultrassom, o médico pediu que eu internasse que o meu oxigênio não estava passando pra ele (o bebê) e podia vir à óbito a qualquer momento. (P4)*

Permaneceu no Alojamento Conjunto por vinte dias, utilizando medicamentos para o amadurecimento do pulmão do bebê, para melhorar a troca de oxigênio entre mãe e feto e monitorando os batimentos cardíacos fetais.



*Quando ele viu que não dava mais, ele interrompeu, quando deu 22 de dezembro de manhã, ele me avisou que o ultrassom tinha dado mais alterado ainda, que ela não suportaria mais de três dias, teria que ser naquele momento, que ela tinha mais chance fora do que dentro do meu útero. (P4)*

Foi então realizada uma cesariana sem intercorrências e seu bebê foi encaminhado para a Unidade Neonatal sem ter contato com a mãe. O pai acompanhou e levava informações sobre o bebê para a mãe. No dia 24 de dezembro, P4 teve alta hospitalar, enquanto o bebê continuava internada. Começou, então, a trajetória de ficar um pouco em casa com suas outras duas filhas, alternando alguns dias com o bebê no hospital.

*Todo tratamento que foi feito na UTI deu certo para infecção, o ultrassom que ela fez do crânio que deu aquela hemorragia que todo prematuro tem, é normal, está tudo dando certinho e aí viram que dava pra passar, ela atingiu 1,500 gramas, passou para o intermediário, ficou ali dois dias e essa é a terceira etapa que é o Canguru que a gente está ali desde essa semana agora e esses primeiros dias esses cuidados aprendendo ainda né, aí ela pegando peso com 1,750 g, a gente vai embora ela já está com 1,620 g, então, quase lá (risos). (P4)*

A entrevista foi realizada durante a estada nas instalações do Método Canguru, onde seu bebê permanecia todo o período sob os cuidados de P4, com auxílio da equipe de enfermagem.

### **Proposições Indexadas: P5**

P5, casada, 35 anos, católica, reside com seu marido e seu filho de 4 anos. Possui 2º grau completo e trabalha como auxiliar administrativo em uma empresa. Teve um aborto e duas cesáreas, em que a mais recente nasceu seu bebê, à 30ª semana de gestação, pesando 900 gramas, quando foi encaminhada para a Unidade Neonatal.

P5 relata que durante a gestação ficou internada no Alojamento Conjunto por 22 dias, este período abrangeu a época de Natal, em que recebeu liberação para passar com sua família.

*O Natal, antes de eu ganhar a bebê, Meu Deus, fui pra casa, ganhei alta, o médico me liberou pra passar a noite de Natal em casa, mas sabe assim, não parecia Natal, estava com ar de doente. (P5)*

Sua internação por 22 dias decorreu por pouco movimento fetal e por sua gravidez de alto risco em decorrência da pré-eclâmpsia.

*Ficar vinte e poucos dias internada no alojamento sem sair pra nada e tu ficar confinada de novo assim é complicado. (P5)*

A equipe de saúde, ao perceber que o feto não ganhava mais peso, optou por encerrar a gestação.

*Então, ele disse pra não correr mais risco assim por causa da minha pressão e tudo. Assim, no começo assustou um pouco porque eu não queria, queria que segurasse mais a gestação só que ela não estava ganhando peso, ela estava ganhando coisa de 70 gramas por semana. (P5)*

Ao receber alta hospitalar, P5 revezou seu tempo entre sua casa e o Alojamento Materno.

*Graças a Deus ela não precisou de oxigênio até hoje, então assim, aí eu fiquei mais tranqüila. Mas outra coisa assim é de tu receber a alta e tu não levar o teu bebê pra casa que aí foi bem na virada de ano né, ano novo, aí deu um baque assim na gente e assim eu fiquei bem triste, mas aí eu comecei a ficar aqui no [alojamento materno], não tem o que reclamar aqui assim, às vezes tinha que ir pra casa porque estava muito cheio. Aí eu ia pra casa e voltava no dia seguinte, mas nunca deixei de estar perto da minha filha... Então, agora, vim pro Canguru, da primeira vez ela estava com 1,300 não me adaptei porque ela era muito novinha, aí me assustei também porque deu uma quedinha de saturação nela aí optei por voltar, ela de volta pra incubadora e eu ali para o [alojamento materno]. Aí ela atingiu um quilo e meio e agora estou no Canguru e agora ela já está mais madurinha, já está com um quilo*

*setecentos e pouco. (P5)*

A entrevista foi realizada durante a estada nas instalações do Método Canguru, enquanto seu bebê permanecia todo o período sob os cuidados de P5 com auxílio da equipe de enfermagem.

### **Proposições Indexadas: P6**

P6, casada, 36 anos, católica, reside com seu marido e sua filha adotiva de 9 anos. Possui 1º grau incompleto e não exerce atividades fora do lar. Em relação às suas gestações, teve dois abortos e uma cesárea, em que nasceu sua bebê, à 32ª semana e 3 dias de gestação, pesando 1,790 gramas, quando foi encaminhada para Unidade Neonatal.

A puérpera P6 relata que foi encaminhada ao hospital devido à sua gravidez de alto risco por pré-eclâmpsia e Síndrome de HELLP (Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelet count – Hemólise, Enzimas Hepáticas Elevadas e baixa contagem de plaquetas). Após normalizar o quadro hipertensivo, foi submetida a uma cesárea.

*No parto, eu me senti bem não tive nada. Depois que tiraram ela já levaram pra UTI, não precisou de aparelho para respirar, já respirou sozinha. Na sexta-feira de manhã, me transferiram pro Alojamento, mas antes me deram Buscopan na veia, aí eu quase morri foi bem complicado, fiquei bem “grog” sabe, não sabia nada o que eu estava sentindo, não tinha força nem pra mastigar. (P6)*

No Alojamento conjunto, seu quadro foi estabilizado e após a alta hospitalar, permaneceu no alojamento materno, acompanhando seu bebê na Unidade Neonatal.

*No sábado, meu marido entrou pra ver ela ali na UTI. No domingo, começaram a dar o meu leite, tiraram o meu leite para dar pra ela, ela não aceitou, ficou com resíduo. Foi na terça-feira que tentaram de novo dar o leite e ela começou a aceitar, daí pra frente sempre aceitando, ganhando peso. Não precisou de antibiótico, só para ganhar peso mesmo. (P6)*

A entrevista foi realizada durante a estada nas instalações do Método Canguru, enquanto seu bebê permanecia todo o período sob os

cuidados de P6 com auxílio da equipe de enfermagem.

### **Proposições Indexadas: P7**

P7, casada, 31 anos, evangélica, reside com seu marido e 5 filhos. Possui 1º grau incompleto e não exerce atividades fora do lar. Em relação às suas gestações, teve 7 partos normais. Seu bebê nasceu à 39ª semana pesando 3,160 gramas. Durante sua estada no Alojamento Conjunto, P7 teve episódios hipertensivos, o que estendeu sua internação e, conjuntamente, o bebê iniciou antibioterapia, devido à infecção na cicatriz umbilical, o que exigiu internação na Unidade Neonatal para término do tratamento.

*Primeiro, ela estava de alta e eu não por causa da pressão; depois, eu estava de alta e ela ficou internada por causa da infecção no umbigo. (P7)*

Ao receber alta, P7 passou 5 dias no Alojamento Materno, acompanhando seu bebê no tratamento.

*Para mim foi complicado no começo, pressão alta, sempre alta, nunca baixava, e tive começo de infarto também. Daí, eu ganhei ela, depois eu fiquei internada pela minha pressão alta que não baixava. Depois eu ganhei alta e ela ficou internada também, estava com infecção no umbigo, daí começaram os remédios e agora está tudo bem comigo e com ela. (P7)*

A entrevista foi realizada durante sua estada no Alojamento Materno, nas instalações da sala de passagem de plantão do Alojamento Conjunto, enquanto seu bebê permanecia na Unidade Neonatal.

É importante conhecer a trajetória dessas mulheres para a compreensão de suas narrativas, de forma que se possa dar continuidade ao processo de análise desta pesquisa, abrangendo o conhecimento sobre suas vivências, seu poder vital e relação com o processo restaurador, a influência do ambiente e do cuidado de enfermagem no puerpério de alto risco.

## 5.2 MANUSCRITO 1: NARRATIVAS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE SER PUÉRPERA DE ALTO RISCO

Ariane Thaise Frello  
Telma Elisa Carraro

### **Resumo**

Quando o puerpério ocorre concomitantemente à hospitalização do recém-nascido, leva a puérpera a tornar-se acompanhante na Unidade Neonatal, o que pode influenciar seu poder vital caracterizando o que este estudo denomina como Puerpério de Alto Risco. O objetivo deste estudo foi conhecer a experiência de ser puérpera de alto risco. Estudo narrativo com abordagem qualitativa, sustentado em Florence Nightingale, realizado em uma instituição pública do sul do Brasil, de janeiro a março de 2010. Foram sujeitos da pesquisa sete puérperas de alto risco acima de 18 anos, que desejaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados demonstram a mescla de sentimentos enfrentada pela puérpera de alto risco sendo importante a ampliação do termo Puerpério de Alto Risco nos programas de saúde, a fim de contemplar o cuidado de enfermagem não somente para aquelas que tiveram uma gestação de alto risco, como também para as puérperas que estão com seus bebês na unidade neonatal.

**Descritores:** Período Pós-Parto. Cuidados de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Florence Nightingale.

### **NARRATIVES OF THE EXPERIENCE OF BEING A HIGH RISK PUERPERAL WOMAN**

#### **Abstract**

When the postpartum hospitalization occurs concomitantly with the newborn, postpartum takes to become a companion to the Neonatal Unit, which may influence its vital power characterizing what this study calls as High Risk Puerperium. This study aims at learning the experience of being a high risk puerperal woman. It is a qualitative narrative study based on Florence Nightingale's theory, conducted at a public institution in southern Brazil from January to March 2010. The study subjects were seven high risk puerperal women older than 18 years who wished to participate in the study and signed the Informed

Consent Form. The results demonstrate the mixed feelings faced by the mother at high risk is important to the expansion of the term High Risk Puerperium in health programs, in order to address the nursing care not only for those who had a high risk pregnancy, as well for the mothers who are with their babies in the neonatal unit.

**Descriptors:** Postpartum period. Nursing Care. Neonatal Intensive Care Units. Florence Nightingale.

## **NARRATIVAS SOBRE LA EXPERIENCIA DE SER PUÉRPERA DE ALTO RIESGO**

### **Resumen**

Cuando la hospitalización después del parto se produce de forma concomitante con el recién nacido después del parto se necesita para ser un complemento de la Unidad de Neonatología, lo que puede influir en su poder vital que caracteriza lo que este estudio pone Puerperio como de alto riesgo. Ese estudio narrativo con enfoque cualitativo, basado en Florence Nightingale, realizado en una institución pública del sur de Brasil, de enero a marzo 2010, objetiva conocer la experiencia de ser una puérpera de alto riesgo. Los sujetos del estudio fueron siete puéperas de alto riesgo mayores de 18 años, que deseaban participar del estudio y firmaran el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Los resultados ponen de manifiesto los sentimientos encontrados que se enfrenta la madre de alto riesgo es importante para la expansión de los programas de salud de Alto Riesgo puerperio plazo, con el fin de hacer frente a la enfermería no sólo para los que tenían un embarazo de alto riesgo, así para las madres que están con sus bebés en la unidad neonatal.

**Descritores:** Período Postparto. Cuidados de Enfermería. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Florence Nightingale.

## **1 INTRODUÇÃO**

O puerpério envolve as mulheres em uma mescla de sentimentos e mudanças na rotina diária. Quando esse período ocorre concomitantemente à hospitalização do recém-nascido, leva a puérpera a tornar-se acompanhante na Unidade Neonatal, longe do restante da família e vivendo momentos de apreensão quanto ao bebê. Esta situação que a fragiliza, colocando em risco sua saúde, já que seu organismo está em processo de restauração, leva-a a alternar entre os cuidados de sua casa e seu bebê no hospital, o que pode influenciar seu Poder Vital –

caracteriza o que este estudo denomina como Puerpério de Alto Risco.

O conceito de Puerpério de Alto Risco inspira-se em Kunzler (2006, p. 120), ao definir que “uma mulher, mesmo não tendo vivenciado uma gestação de alto risco, pode vir a vivenciar um Puerpério de Alto Risco, caso suas necessidades de cuidado não sejam atendidas”.

O puerpério é um período importante para as mulheres, pois elas passam por diferentes tipos de modificações que interferem em todas as esferas de suas vidas, exigindo novos ajustes, não só no âmbito físico como no psicossocial, o que reflete na forma que cada uma se constitui integralmente, como mulher e mãe (SALIM; SANTOS; GUALDA, 2010).

Neste estudo, o marco conceitual abrange os conceitos Poder Vital, Ser Humano, Processo Restaurador, Ambiente de Cuidado e Cuidados de Enfermagem, embasado no referencial teórico de Florence Nightingale (1863, 1914, 1989).

O termo Poder Vital, em inglês *vital power*, é utilizado por Nightingale (1859, 1863, 1914, 1989), porém, ela não o definiu, apenas apontava que o ser humano é possuidor desse poder. Depreende-se, então, que o Poder Vital é a força de vida do ser humano, que quando mobilizada positivamente, facilita a restauração da saúde, caso contrário, contribui para a piora do quadro da doença. Este é influenciado por aspectos como: ventilação, ruídos, iluminação, limpeza, aeração. Mas, Florence vai além do ambiente físico ao preocupar-se com a qualidade do cuidado realizado ao ser humano, apontando suas necessidades como: distrações a partir de estímulos visuais, visitas agradáveis, contatos com a natureza, trabalhos manuais dentre outros. Assim, a Enfermagem, ao cuidar desse ser humano, precisa mantê-lo “nas melhores condições possíveis a fim de que a natureza possa atuar sobre ele” (NIGHTINGALE, 1989, p. 146). Afirmava ainda que a natureza instituiu o processo restaurador (NIGHTINGALE, 1989). Este é compreendido como um processo de ser e estar saudável, enquanto se recupera dos fatores que lhe adoentaram, o qual pode ser facilitado ao utilizar meios que fortaleçam o Poder Vital do indivíduo ou retardado quando este é enfraquecido.

O ser humano, neste caso, é a puérpera de alto risco que está exposta a diversos fatores estressantes como as próprias condições clínicas que o filho se depara, além do estranho ambiente, intensa luminosidade, sofisticados equipamentos, pessoas desconhecidas da equipe, os quais podem afetar o seu estado psicológico (CRUZ et al.,

2010). Em meio a uma rotina diferente e à dedicação constante com o bebê, a puérpera naturalmente deixa os cuidados consigo mesma de lado, assumindo responsabilidades que podem sobrecarregá-la e influenciar negativamente em sua restauração.

Os ambientes em que a puérpera de alto risco transita e convive são o alojamento conjunto, o alojamento materno, a unidade neonatal e as dependências do método Canguru. O alojamento materno foi criado para facilitar e incentivar a presença da mãe junto ao filho, mesmo estando ele sob cuidados intensivos provendo a ela condições de repouso e alimentação (DITZ; MOTA; SENNA, 2008). As dependências do método Mãe Canguru é um local em que se pratica uma estratégia de cuidado neonatal, a qual implica contato pele a pele precoce entre mãe e bebê (ELEUTÉRIO, 2008).

Nesses diferentes ambientes de cuidado, cabe à enfermagem orientar a puérpera para encontrar seu lugar no novo ambiente e no cuidado do filho, além de praticar uma escuta sensível e atenta através de atuação efetiva e respeitosa, considerando suas necessidades de cuidado. Também é importante a convivência com outras mulheres que compartilham a mesma situação, o que favorece a adaptação ao novo cotidiano, bem como o enfrentamento das dificuldades que se apresentam (DITZ; MOTA; SENNA, 2008).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha que foi normatizada pela Portaria N° 1.594, de 24 de junho de 2011. Esta estratégia visa à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança até 24 meses de vida (BRASIL, 2011).

A presença da mãe junto ao seu bebê é garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Art. 12: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (BRASIL, 1990). A Iniciativa Hospital Amigo da Criança também discorre sobre o assunto a partir de seus “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*”, especificamente o 7º passo que indica: praticar o alojamento conjunto (permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia) (BRASIL, 2004). No entanto, nos documentos acima citados não há especificações em relação à permanência de mães de bebês prematuros internados em Unidade Neonatal. A partir de 2000 com a criação do Método Canguru, voltado para as mulheres que tem seu filho internado em Unidade Neonatal, é garantido “a aproximação, o mais precocemente possível, entre a mãe e o bebê, para fortalecer o vínculo



afetivo, seja nos cuidados intensivos ou garantindo o alojamento conjunto desde que possível” (BRASIL, 2011a, p.12)

Em 2011, a estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2011b) foi lançada pelo Ministério da saúde a fim de priorizar ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, a partir da reorganização da assistência em saúde, baseada em evidências científicas e centrada no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família. Um dos dispositivos propostos é a criação de um novo local de atenção à saúde materna e infantil, denominada Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, as quais visam cuidar, dentre outras populações, “puérperas com bebê internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do serviço de saúde e/ou que necessitam de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com seu bebê” (BRASIL, 2011b, p. 14).

Neste contexto a equipe de enfermagem tem papel importante, pois a atenção da enfermagem deve ser direcionada também às necessidades maternas, pois somente entendendo suas dificuldades e anseios pode-se proporcionar um cuidado efetivo a esta puérpera no processo de internação do seu bebê (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Conhecer como mulher vivencia o puerpério de alto risco é importante para contribuir em um cuidado voltado às suas necessidades. Desta forma o objetivo deste estudo é conhecer a experiência de ser puérpera de alto risco no ambiente hospitalar.

## **2 REFERENCIAL METODOLÓGICO**

Estudo narrativo com abordagem qualitativa, realizado em uma instituição pública que atende 100% ao Sistema Único de Saúde (SUS), da Região Sul do Brasil, no período de janeiro a março de 2010, derivado de um recorte de uma tese de doutorado em enfermagem.

Foram sujeitos da pesquisa sete puérperas acima de 18 anos que estavam com bebê na Unidade Neonatal, as quais desejaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio da entrevista narrativa, gravadas e, então, transcritas. As questões geradoras foram: “Conte-me a sua história desde o parto até o momento e como se sentiu; Como percebe o cuidado de enfermagem com você?” A coleta de dados encerrou-se por meio da saturação dos mesmos. Para preservação da identidade dos sujeitos, utilizou-se a letra P de puérpera, seguida de números de um a sete.

A entrevista narrativa, aquela que permite contar histórias, foi o método de coleta de dados; seguiu os passos propostos por Jovchelovitch e Bauer (2011, p. 97): "Preparação; Iniciação; Narração Central; Fase de perguntas e Fala Conclusiva".

O tratamento e análise dos dados foram baseadas em Fritz Schütze (1977), que, além de apresentar a proposta da entrevista narrativa, aponta seis fases para a sistematização dos dados, a qual foi operacionalizada por Jovchelovitch e Bauer (2011) e aplicada por Meincke (2007). São estas: 1ª fase: Transcrição detalhada do material verbal. 2ª fase: Divisão do texto em material indexado (tem referência concreta a "quem fez o quê, quando, onde e por quê") e não-indexado (expressam valores, juízos e toda forma de sabedoria de vida). 3ª fase: Uso dos componentes indexados do texto para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo, ou seja as trajetórias. 4ª fase: As dimensões não-indexadas do texto são investigadas como "análise do conhecimento". 5ª fase: Agrupamento e comparação entre as trajetórias individuais. 6ª fase: Comparação de casos dentro do contexto com a identificação das trajetórias individuais semelhanças são estabelecidas para estabelecimento das trajetórias coletivas (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011).

Em relação aos aspectos éticos, antes do início do estudo foram obtidos o consentimento formal da instituição participante e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob nº 1132/2010.

### **3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Neste manuscrito será explorada a narrativa da entrevistada P5 e suas proposições indexadas e não indexadas a fim de significar a experiência de ser puérpera de alto risco.

#### **3.1 PROPOSIÇÕES INDEXADAS: ORDEM DOS ACONTECIMENTOS**

Nesta fase da análise dos dados, utilizam-se todos os componentes indexados do texto para ordenar os acontecimentos de cada indivíduo, a fim de conhecer sua história e sua trajetória (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011).

P5, casada, 35 anos, católica, reside com seu marido e seu filho de 4 anos. Possui 2º grau completo e trabalha como auxiliar administrativo em uma empresa. Teve um aborto e duas cesáreas em que a mais recente nasceu seu bebê à 30ª semana e 2 dias de gestação,

pesando 900 gramas e foi encaminhada à Unidade Neonatal. Todos os dados sobre a internação, seu estado de saúde e de seu bebê foram informados pela própria entrevistada.

A entrevista foi realizada no ambiente do Método Mãe-Canguru em que a bebê permanecia todo o período sob os cuidados de P5, com auxílio da equipe de enfermagem.

Conta que ficou internada no Alojamento Conjunto por 22 dias, em virtude de haver pouco movimento fetal e por sua gravidez de alto risco, em decorrência da pré-eclâmpsia. Esse período abrangeu a época de Natal, em que recebeu liberação para passar com sua família.

*O Natal, antes de eu ganhar a [bebê], Meu Deus, fui pra casa, ganhei alta, o médico me liberou pra passar a noite de Natal em casa, mas sabe assim não parecia Natal, estava com ar de doente, não consegui assim... (P5)*

A equipe de saúde, ao perceber que o feto não ganhava mais peso, optou por encerrar a gestação.

*Então ele disse pra não correr mais risco assim por causa da minha pressão e tudo. Assim no começo assustou um pouco porque eu não queria, queria que segurasse mais a gestação só que a [bebê] não estava ganhando peso. (P5)*

Ao receber alta hospitalar, P5 revezou seu tempo entre sua casa e o alojamento materno.

*Graças a Deus a bebê não precisou de incubadora, não precisou de oxigênio até hoje, então assim, eu fiquei mais tranquila. Mas outra coisa é tu receber a alta e não levar o teu bebê pra casa [...] eu fiquei bem triste mas comecei a ficar aqui no [alojamento materno], não tem o que reclamar aqui, às vezes tinha que ir pra casa porque estava muito cheio. Eu ia pra casa e voltava no dia seguinte, mas nunca deixei de estar perto da minha filha. (P5)*

## 3.2 PROPOSIÇÕES NÃO INDEXADAS: REFLEXÕES SOBRE OS ACONTECIMENTOS

As dimensões não-indexadas do texto são investigadas como “análise do conhecimento”. Podem ser qualificadas em dimensões descritivas (sentimentos e experiências gerados pelos acontecimentos, expressando valores) e argumentativas (o que não é aceito pacificamente na história e as reflexões geradas pelos acontecimentos) (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011). As dimensões são apresentadas e analisadas, o que faz emergir a produção do conhecimento (MEINCKE, 2007).

### 3.2.1 Dimensões Descritivas

A entrevistada descreve momentos de apreensão ao saber que seu bebê nasceria prematuro:

*Então assustou um pouco, chorei um bocado, mas graças a Deus o parto ocorreu bem, eu estava assustada mais por ela (bebê) achando que ia nascer prematura [...] graças a Deus ela veio e não precisou de incubadora, não precisou de oxigênio até hoje, então eu fiquei mais tranquila. (P5)*

O momento da constatação do nascimento prematuro do filho faz com que a mãe sofra e passe por situações de medo, dor e tristeza, já que a internação do recém-nascido é permeada por muitas expectativas (ELEUTÉRIO et al., 2008). Nightingale (1989, p. 49) afirmava que orientar o paciente sobre sua condição de saúde e sobre os acontecimentos à sua volta é uma forma de preservá-la, por outro lado, “apreensão, incerteza, espera, expectativa, medo de surpresa prejudicam mais o doente do que qualquer esforço físico”. Dessa forma, percebe-se que P5 demonstrou grande ansiedade ao saber da prematuridade, porém, ao ser informada sobre o quadro clínico do bebê, pôde se acalmar. Considerando que estava vivenciando o processo do parto, valorizar o seu estado psicológico durante os cuidados é uma forma de possibilitar uma recuperação satisfatória.

O momento da alta é destacado como uma situação difícil ao ir para casa sem o bebê:

*Mas outra coisa assim é de tu receber a alta e não levar o teu bebê pra casa que foi bem na virada de ano, deu um baque assim na gente e eu fiquei bem triste. (P5)*

A notícia da internação do seu filho na unidade neonatal causa sofrimento à mulher que desde o pós-parto imediato fica longe de seu filho além de receber a alta e ir sozinha para casa (SIQUEIRA; DIAS, 2011). Este momento é crítico pois a separação se materializa ao chegar em casa e perceber que toda a preparação para receber o bebê, as expectativas para o retorno ao lar com o bebê nos braços foi adiado. Esses sentimentos de tristeza mesclam-se com a preocupação e incerteza frente à saúde do bebê e podem ser potencializados quando a mulher está distante, sem notícias, enfraquecendo seu Poder Vital e influenciando negativamente em seu processo de restauração da saúde, que é o puerpério.

O Poder Vital é apontado por Nightingale (1989) como a força de vida necessária para o ser humano manter-se saudável e agir contra as doenças. A puérpera descreve formas que encontrou para buscar forças, para fortalecer seu Poder Vital durante a estadia no hospital:

*Eu tento ir atrás dos meus familiares, minhas amigas de quarto, porque é bem complicado. E no Ano Novo a mesma coisa, deixar tua filha aqui e ir pra casa, tu não tem clima pra festa, então eu só queria chorar, chorar, chorar aí minha mãe me dizia “É, tu te cuida porque senão tu vai entrar numa depressão” e eu via mesmo que eu estava mesmo entrando numa depressão porque qualquer coisa eu chorava e... Aí no [alojamento materno] convivendo com as outras mães, conversando já melhora um pouco. (P5)*

Dentre esses cuidados, destaca-se a rede de apoio composta pela família e, principalmente, por outras mulheres que enfrentam a prematuridade durante o puerpério. Este reconhecimento dos sentimentos em outras pessoas faz com que não se sintam sozinhas e percebam que podem se apoiar durante esta trajetória. Dittz, Mota e Sena (2008, p.78) afirmam que “as mães, conhecedoras da dimensão do sofrimento que as envolvem, constroem uma rede de solidariedade e amizade entre si, motivadas pelas necessidades e experiências em comum”.

Questionada sobre o cuidado de enfermagem prestado a ela durante os momentos em que esteve no hospital, P5 relata:

*Ah! são bastante cuidadosas, tanto no Alojamento quando eu fui me internar também com a [bebê] ali na unidade neonatal, também são bem cuidadosas. Desde quando eu me internei no alojamento eles pensaram sempre em mim e na minha filha, graças a Deus cuidaram tanto de mim quanto dela por isso que hoje a gente já tá quase saindo, cuidados assim sem explicação. (P5)*

É importante que a mãe e o recém-nascido recebam cuidados, assim como tenham liberdade para expressar seus sentimentos relacionados a esta fase crítica (MELO; SOUZA; PAULA, 2012). Percebe-se que a mulher valoriza o cuidado ao bebê, sendo que ao vê-lo recebendo as atenções da enfermagem, sente-se cuidada também. Assim como reforça Nightingale (1989), da enorme importância do cuidado de enfermagem na determinação das consequências da doença, que neste caso influencia no processo de restauração do bebê assim como o da puerpera de alto risco.

O apoio de toda a equipe de saúde é destacado por P5:

*Ah! Desde atendimento de enfermagem, como da assistente social, a psicóloga que desde o momento que eu fiquei sabendo que ia interromper a gravidez já veio conversar comigo, me explicou como era, me levou na Neo me mostrou. Todos os dias vinha me falava: “ó hoje vamos lá ver a tua menina”, então sempre presente entendeu. E de enfermagem também não tem o que reclamar todos os procedimentos. A assistente social também me ajudou muito [...] desde a assistente social até a psicologia, enfermagem não tem o que reclamar. (P5)*

A grande essência da boa organização no trabalho em equipe é que cada profissional desempenhe seu papel de forma que ajude e não esconda o trabalho dos demais membros da equipe (NIGHTINGALE, 1914). O cuidar multiprofissional no Puerpério de Alto Risco é essencial e para se efetivar, tornam-se necessários a sintonia e o empenho de todos os envolvidos na equipe de saúde.

Sair do foco apenas na criança e expandir para a mulher e a família é um cuidado necessário que pode se traduzir em orientações e notícias sobre o bebê, o que minimiza as inquietações da puérpera, assim como estabelece uma relação de confiança com a equipe multidisciplinar (MELO; SOUZA; PAULA, 2012). Considerar a particularidade de cada mulher através de uma escuta sensível e atenta, possibilitará ao profissional de saúde uma atuação efetiva e respeitosa, considerando suas necessidades de cuidado individuais (DITZ; MOTA; SENA, 2008).

### 3.2.2 Dimensões Argumentativas

A entrevistada enaltece a importância de estabelecer vínculos dentro do hospital para apoiá-la durante a internação do seu filho:

*Já vim com a P4 pra cá, então já é uma companhia pra mim, não ia ficar sozinha aqui, esse é o problema tu pegar e ficar sozinha bate até uma depressão [...]às vezes de vir uma enfermeira tu pegar e chorar porque fica bem sentimental. (P5)*

A convivência diária com a equipe de enfermagem leva P5 a se sentir à vontade para desabafar em momentos de ansiedade, assim como com suas colegas, outras puérperas de alto risco, que lhe acompanham desde a internação no alojamento conjunto.

A criação de relações de ajuda faz com que as mulheres confortem-se mutuamente frente a acontecimentos inesperados e ruins, buscam unir as forças para enfrentar as dificuldades. As interações com os profissionais de saúde também são importantes apoios, uma vez que se sentem compreendidas em suas necessidades (DITZ; MOTA; SENA, 2008). Dessa forma, a enfermeira deve reconhecer no paciente suas necessidades emocionais, enquanto um pode preferir sofrer sozinho, outro deseja ser objeto de preocupação constante e gosta de ter sempre alguém com ele. A partir da observação destas peculiaridades, suas vontades devem ser satisfeitas fornecendo um cuidado particular (NIGHTINGALE, 1989).

Ao refletir sobre suas vivências, a entrevistada percebeu situações positivas e negativas e a melhor forma de lidar com elas. A partir dessa reflexão, aconselhou e apoiou as outras puérperas:

*Então conversar com quem está bem pra baixo então eu exponho minha situação, como é que foi também, tem uma menina de [outra cidade] agora ela está precisando da gente, converso bastante com ela. Então é assim, é conversar e não se isolar, por experiência própria porque eu tentei me isolar e me prejudicou bastante. (P5)*

Nightingale (1989) destacava que a pessoa hospitalizada sente-se melhor ao poder conversar abertamente sobre sua situação, expressando seus anseios e pretensões sem julgamentos. A puérpera de alto risco tem essa possibilidade ao se relacionar com as mulheres que estão na mesma situação que ela e podem compartilhar seus sentimentos e conselhos, apoiando-se mutuamente.

Angustizada, a puérpera pondera sobre as notícias acerca do estado de saúde do bebê:

*É não assim a relação assim, até conversando em reunião com as mães a única reclamação é que eles não falavam pra ti diretamente o que ia fazer, algum procedimento, fazer um exame, um raio x, que nem ontem ela fez um ultrassom e eu não sei o que deu no ultrassom. (P5)*

Na formação acadêmica dos profissionais de saúde, na maioria das vezes, o aprendizado é focado no exercício do cuidado físico e orientações aos pacientes, sem ênfase na prática da escuta terapêutica. Manter a família informada sobre as mudanças no quadro clínico é tão importante quanto à busca do restabelecimento clínico do mesmo (SCHMIDT et al., 2010 ). Considerando que a mãe do recém-nascido internado na unidade neonatal está vivenciando o Puerpério de Alto Risco, período marcado pelo processo restaurador, deve-se atentar também à forma com que as informações lhe são repassadas, pois segundo Nightingale (1989), a “irresolução é o que mais transtorna os enfermos”. Sendo assim, configura-se um cuidado à puérpera de alto risco, manter-lhe informada sobre sua condição de saúde, assim como a de seu filho, eliminando sentimentos de indecisão e angústia.

Este estudo enfatiza as situações em que a puérpera de alto risco não aceitou pacificamente a interrupção da gravidez, pois queria levar até o termo, no entanto frente ao agravamento do quadro e orientação dos profissionais de saúde, refletiu sobre a situação e vivencia o puerpério de alto risco.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Novas pesquisas sobre as necessidades de cuidado das puérperas de alto risco são importantes contribuições para estas mulheres que, geralmente, são tratadas como acompanhantes dos filhos internados. Conhecer as perspectivas dos profissionais de enfermagem sobre a convivência com as puérperas de alto risco e as necessidades de cuidado por eles percebidas é importante a fim de criar um plano de cuidados factível e que venha ao encontro das possibilidades dos profissionais.

A proposta de implantação da Rede Cegonha em todo o país traz a possibilidade de um cuidado voltado a esta mulher, fortalecendo a rede de atenção nas fases da gestação, parto e Puerpério de Alto Risco. Faz-se necessário a ampliação do termo Puerpério de Alto Risco nos programas de saúde, a fim de contemplar o cuidado de enfermagem não somente para aquelas que tiveram uma gestação de alto risco, como também para as puérperas que estão com seus bebês na unidade neonatal, retratadas neste estudo em sua experiência e necessidade de cuidados.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B.B.M.; RODRIGES, B.M.R.D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei 8069/90**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <[http://www.dji.com.br/leis\\_ordinarias/1990-008069-eca/eca007a014.htm](http://www.dji.com.br/leis_ordinarias/1990-008069-eca/eca007a014.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria N° 1.459/GM, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único

de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 756 de 16 de dezembro de 2004.** Dispõe sobre as diretrizes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.... Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port%20%20756%20.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2012.

CRUZ, A.R.M. et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 1, p. 133-139, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a16.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

DITZ, E. S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan./mar. 2008.

ELEUTÉRIO, Filomena da Rocha Ramos et al. O imaginário das mães sobre a vivência no método Mãe Canguru. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 7, n. 4, p. 439-446, 2008.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. bras. enferm**, v. 65, n. 3, p. 514-521, 2012.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto e imagem: um manual prático**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 90-113.

KUNZLER, I. M. **O cuidado às mulheres no puerpério de alto-risco: aplicando o modelo de cuidado de Carraro fundamentado em Florence Nightingale**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LOPES, et al. A vivência do enfermeiro diante da privação materna em unidade de terapia intensiva neonatal. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 1, p. 39-46, jan./mar. 2011.

MEINCKE, Sonia Maria Könzgen. **A construção da paternidade na família do pai adolescente:** contribuição para o cuidado de enfermagem. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MELO, Rita de Cássia de Jesus; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira; PAULA, Cristiane Cardoso de. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na Unidade Intensiva: Contribuições para a enfermagem neonatal. **Revista da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 219-226, 2012.

NIGHTINGALE, Florence. **Florence Nightingale to her nurses:** A selection from Miss Nightingale's addresses to probationers and nurses of the Nightingale School at St. Thomas Hospital. London: Macmillan and CO., limited St. Martins's Street, 1914.

\_\_\_\_\_. **Notas sobre enfermagem:** o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. **Notes on hospitals.** Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863.

\_\_\_\_\_. **Notes on Nursing:** What is and What is not. Philadelphia: JB Lipincott, 1859.

SÁ, Raphael Colares; COSTA, Lêda Maria da Frota Pinheiro; SÁ, Fabiane Elpídio. Vivência materna com filhos prematuros em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, 2 Supl., p. 83-89, abr./jun. 2012.

SALIM, N.; SANTOS JUNIOR, H.; GUALDA, D. Everyday behavioral and physical changes in women during the postpartum period – a qualitative approach. **Online Brazilian Journal of Nursing**, North America, 9, apr. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2785/618>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

SCHMIDT, Kayna Trombini et al. Avaliação da assistência de enfermagem em unidade neonatal na perspectiva dos pais. **Cogitare**

**Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 460-446, 2010.

SCHÜTZE, F. **Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien**: dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Universität Bielefeld, Fakultät für Sociologie, 1977.[Manuskript].

SIQUEIRA, Marly Beserra de Castro; DIAS, Marcos Augusto Bastos. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 1, p. 27-36, 2011.

SOUZA, Kleyde Ventura; TESIN, Renato Rissato; ALVES, Valdecyr Herdy. Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 5, p. 608-13, 2010.

### 5.3 MANUSCRITO 2: CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS DE ALTO RISCO

Ariane Thaise Frello<sup>1</sup>  
Telma Elisa Carraro<sup>2</sup>

#### **Resumo**

Os cuidados de enfermagem, importantes no puerpério, tornam-se essenciais quando a mulher tem seu bebê internado na unidade neonatal, situação na qual assume o papel de acompanhante, negligenciando o processo restaurador que vivencia, configurando o puerpério de alto risco. Com o objetivo de identificar como as mulheres que vivenciam o puerpério de alto risco percebem o cuidado de enfermagem realizou-se um estudo narrativo com abordagem qualitativa, sustentado em Florence Nightingale, realizado em uma instituição pública do Sul do Brasil, de janeiro a março de 2010. Foram sujeitos da pesquisa sete puérperas de alto risco, acima de 18 anos, que desejaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi possível identificar que as mulheres mostram-se satisfeitas por poderem estar próximas de seu bebê e receber orientações da enfermagem, e que o cuidado de enfermagem deve ir além e estar também focado nas necessidades das mulheres enquanto seres singulares.

**Descritores:** Período Pós-Parto. Cuidados de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Florence Nightingale.

#### **HIGH RISK PUERPERAL WOMEN AND NURSING CARE**

#### **Abstract**

Nursing care, important in the puerperium, becomes essential when a woman's newborn is admitted to the neonatal unit, a situation in which the woman plays the role of companion, neglecting her own restoring process and characterizing high risk puerperium. With the aim of identifying how women who experience high risk puerperium perceive nursing care, a qualitative narrative study based on Florence Nightingale's theory was conducted in a public institution in southern Brazil from January to March 2010. The study subjects were seven high risk puerperal women older than 18 years of age who wished to participate in the study and signed the Informed Consent Form. It was possible to observe that the women were satisfied to be close to their children and to receive guidance from the nursing staff, and that nursing

care should go beyond, focusing also on the women's needs as unique beings.

**Descriptors:** Postpartum period. Nursing Care. Neonatal Intensive Care Units. Florence Nightingale.

## **PUÉRPERAS DE ALTO RIESGO E EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

### **Resumen**

Los cuidados de enfermería, importantes en el puerperio, se tornan esenciales cuando un bebé es internado en la unidad neonatal, situación en la cual la madre asume la función de acompañante y negligencia su proceso restaurador, en el puerperio de alto riesgo. Un estudio narrativo con enfoque cualitativo, basado en Florence Nightingale, fue realizado en una institución pública del Sur de Brasil de enero a marzo 2010, con el objetivo de identificar cómo esas mujeres perciben el cuidado de enfermería. Los sujetos del estudio fueron siete puérperas de alto riesgo mayores de 18 años, que deseaban participar del estudio y firmaran el Termo de Consentimiento Libre y Esclarecido. Fue posible identificar que las mujeres están satisfechas por estar próximas de su bebé y recibir orientaciones de la enfermería, y que el cuidado de enfermería debe ir más allá, concentrando también en las necesidades de las mujeres como seres singulares.

**Descriptors:** Período Postparto. Cuidados de Enfermería. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Florence Nightingale.

## **1 INTRODUÇÃO**

Durante a gestação, a mulher geralmente recebe a atenção da família, da sociedade e dos profissionais de saúde, porém, quando o bebê nasce, torna-se o foco de todo o amor e preocupação com sua saúde e desenvolvimento. A puérpera atravessa um momento em que seu organismo retorna à condição não-gravídica, enquanto se adequa às responsabilidades de um bebê. Para que essa fase seja vivida de forma saudável e plena, faz-se necessária atenção, inclusive, na forma de cuidados de enfermagem; pois, como reforça Souza et al. (2012), o puerpério não se reduz à prevenção e ao controle de doenças.

No entanto, nessa fase, os cuidados costumam voltar-se ao recém-nascido, nem sempre envolvem a puérpera que vivencia uma nova realidade, envolta a responsabilidades, repleta de transformações físicas e psicossociais (OLIVEIRA; QUIRINO, 2012). O cuidado de

enfermagem à puerpera deve ser pautado em relações baseadas no respeito, práticas de orientação e apoio à mulher e à família, no cuidado ao recém-nascido, na escuta em busca das necessidades da mulher, valorizando sua autonomia (CORREA et al., 2011).

Os cuidados de enfermagem, que são importantes no puerpério, tornam-se essenciais quando a mulher tem seu bebê internado na unidade neonatal. Nesse momento, toda a atenção é voltada à condição de saúde do bebê, enquanto a puerpera assume o papel de acompanhante e, na maioria das vezes, negligencia a fase de transformações inerentes ao puerpério, o que pode fragilizar sua saúde e torná-la suscetível a doenças. Essa situação vivenciada pela puerpera configura o que neste estudo conceitua-se como Puerpério de Alto Risco.

O conceito de Puerpério de Alto Risco inspira-se em Kunzler (2006, p. 120) ao definir que “uma mulher, mesmo não tendo vivenciado uma gestação de alto risco, pode vir a vivenciar um Puerpério de Alto Risco, caso suas necessidades de cuidado não sejam atendidas”. O Puerpério de Alto Risco é considerado o período restaurador em que a mulher vivencia o puerpério, enquanto seu filho recém-nascido está hospitalizado na Unidade Neonatal, o que a leva a distanciar-se dos demais membros de sua família e alternar-se entre os cuidados de sua casa e de seu bebê no hospital, o que pode influenciar seu poder vital.

Este estudo utiliza como referencial teórico Florence Nightingale (1863, 1914, 1989). Nightingale (1989) apontava que o ser humano é possuidor de um poder vital. Este é a força de vida do ser humano, que quando mobilizada positivamente facilita a restauração da saúde, caso contrário contribui para a piora do quadro da doença. Afirmava ainda que a natureza instituiu o processo restaurador, ao qual chamamos doença. (NIGHTINGALE, 1989, p. 14). O processo restaurador é compreendido como ser e estar saudável enquanto se recupera dos fatores que lhe adoentaram, que pode ser facilitado ao utilizar meios que fortaleçam o poder vital do indivíduo ou retardado quando este é enfraquecido. Destacava que a Enfermagem deve se basear em cuidados relativos ao ambiente relacionado “ao uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e a seleção adequada tanto da dieta quanto da maneira de servi-la” evitando um mínimo de desgaste do poder vital do ser cuidado, facilitando que a natureza haja para a restauração da saúde. (NIGHTINGALE, 1989, p. 14). Mas Nightingale vai além do ambiente físico ao preocupar-se com a qualidade do cuidado realizado ao ser humano apontando suas

necessidades como: distrações a partir de estímulos visuais, visitas agradáveis, contatos com a natureza, trabalhos manuais dentre outros. Assim como afirmava que as consequências do cuidado de enfermagem bem administrado para a saúde do paciente são inestimáveis. (NIGHTINGALE, 1859, 1863, 1914, 1989).

O cuidado de enfermagem no Puerpério de Alto Risco é imprescindível para auxiliar no processo restaurador e potencializar o poder vital da mulher. Dessa forma, a enfermagem em conjunto com a equipe de saúde deve prestar um cuidado integral capaz de transmitir confiança e tranquilidade à puérpera, além de auxiliar para que adquiram mecanismos para um melhor enfrentamento desta crise (CARVALHO et al., 2007).

A partir de 2000 com a criação do Método Canguru, voltado para as mulheres que tem seu filho internado em Unidade Neonatal, é garantido “a aproximação, o mais precocemente possível, entre a mãe e o bebê, para fortalecer o vínculo afetivo, seja nos cuidados intensivos ou garantindo o alojamento conjunto desde que possível” (BRASIL, 2011a, p.12).

O Método Canguru é considerado uma importante estratégia dos serviços de atenção ao neonato prematuro e sua família. Sua proposta favorece grandes ganhos para o cenário assistencial e científico da Enfermagem. O contato pele a pele entre os pais e filho estimula o vínculo ao mesmo tempo em que ela recebe os devidos cuidados dos profissionais de Enfermagem. O método é uma terapia baseada no íntimo contato entre o bebê e seus pais, utilizando a amamentação convencional exclusiva quando esta é possível ou de dispositivos não invasivos para administração de leite materno (BRASIL, 2011a).

O método é desenvolvido em 3 etapas: a primeira etapa se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do bebê na Unidade Neonatal e consiste no acolhimento dos pais e família, orientação sobre as rotinas do setor, incentivo para o livre acesso dos pais, auxílio na amamentação, estímulo ao toque no bebê dentre outros. A segunda etapa ocorre quando o bebê atinge 1,250 gramas, possui estabilidade clínica e nutrição enteral plena. A partir deste momento o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru é realizada pelo maior tempo possível, funcionando como uma pré-alta hospitalar que ocorrerá quando alcançar 1.600 gramas. Após a alta inicia-se a 3ª etapa do Método Canguru caracterizada pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem



biopsicossocial (BRASIL, 2011a).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha que foi normatizada pela Portaria Nº 1.594, de 24 de junho de 2011. Esta estratégia visa à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança até 24 meses de vida (BRASIL, 2011). Prioriza ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, a partir da reorganização da assistência em saúde baseada em evidências científicas e centrada no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família. Um dos dispositivos propostos é a criação de um novo local de atenção à saúde materna e infantil, denominada Casas de Gestante, Bebê e Puérpera que visam cuidar, dentre outras populações, “puérperas com bebê internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do serviço de saúde e/ou que necessitam de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com seu bebê” (BRASIL, 2011b, p. 14)

O cuidado de enfermagem deve ser enfatizado durante o puerpério de alto risco dada a dedicação da mulher ao cuidado com o bebê hospitalizado assim como por vezes o cuidado consigo mesma é esquecido, o que pode abalar seu poder vital. Desta forma, este manuscrito tem como objetivo: identificar como as mulheres que vivenciam o puerpério de alto risco percebem o cuidado de enfermagem.

## **2 REFERENCIAL METODOLÓGICO**

Estudo narrativo com abordagem qualitativa, realizado em uma instituição pública da Região Sul do Brasil, que atende 100% ao Sistema Único de Saúde (SUS), no período de janeiro a março de 2010, derivado de um recorte de uma tese de doutorado em enfermagem. Foram sujeitos da pesquisa 7 (sete) mulheres puérperas acima de 18 anos que estavam com seus bebês na Unidade Neonatal, desejaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio da entrevista narrativa, que foram gravadas, transcritas, e se encerrou por meio da saturação dos dados.

Utilizou-se a entrevista narrativa como método de coleta de dados, seguindo os passos propostos por Jovchelovitch e Bauer (2011, p. 97): "Preparação; Iniciação; Narração Central; Fase de perguntas e Fala Conclusiva". A entrevista narrativa é um procedimento que permite contar histórias e pode ser analisada de diversas maneiras.

Neste estudo, a organização e análise dos dados foram baseadas em Fritz Schütze (1977) que, além de apresentar a proposta da entrevista

narrativa, aponta seis fases para a sistematização dos dados, são estas: 1ª fase: Transcrição detalhada do material verbal. 2ª fase: Divisão do texto em material indexado (tem referência concreta a "quem fez o quê, quando, onde e por quê") e não-indexado (expressam valores, juízos e toda forma de sabedoria de vida). 3ª fase: Uso dos componentes indexados do texto para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo, ou seja as trajetórias. 4ª fase: As dimensões não-indexadas do texto são investigadas como "análise do conhecimento". 5ª fase: Agrupamento e comparação entre as trajetórias individuais. 6ª fase: Comparação de casos dentro do contexto com a identificação das trajetórias individuais semelhanças são estabelecidas para estabelecimento das trajetórias coletivas (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011).

Em relação aos aspectos éticos, antes do início do estudo foram obtidos o consentimento formal da instituição participante e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob Nº 1132/2010. Para preservação da identidade dos sujeitos, utilizou-se a letra P de púérpera, seguida de números de um a sete.

### **3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados são apresentados a partir do tratamento indicado por Schütze (1977) em que as proposições indexadas com a história de cada púérpera de alto risco e as proposições não indexadas em que os sentimentos e reflexões são narrados pelas entrevistadas.

#### **3.1 PROPOSIÇÕES INDEXADAS: ORDEM DOS ACONTECIMENTOS**

Nesta etapa, constrói-se o que Schütze chama de Trajetória. Apresenta-se o material indexado que se caracteriza por falas que fazem referência concreta a "quem fez o quê, quando e por quê". Utilizam-se todos os componentes indexados do texto para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo, a fim de, então, conhecer a trajetória de cada entrevistada (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011).

As informações foram relatadas pelas entrevistadas, desde seus dados pessoais até sua situação de saúde e de seus bebês, expressas na tabela abaixo:

<b>Puérpera de Alto Risco</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Histórico Gestacional</b>	<b>Situação de Saúde Atual</b>
P1	35 anos	2º grau incompleto	Um parto normal e duas cesáreas.	Gestação gemelar, em que um dos bebês veio a óbito intra-uterino à 26ª semana de gestação e à 33ª semana nasceu o outro bebê, pesando 1,865 gramas.
P2	39 anos	1º grau incompleto	Duas cesáreas e um parto normal	Seu filho nasceu à 33ª semana de gestação, pesando 1,030 gramas.
P3	31 anos	2º grau completo	Um Parto normal.	Seu filho nasceu à 26ª semana e 5 dias de gestação, pesando 810 gramas.
P4	31 anos	2º grau Incompleto	Um aborto, dois partos normais e uma cesárea.	Seu filho nasceu à 28ª semana e 6 dias de gestação, pesando 710 gramas.
P5	35 anos	2º grau completo	Teve um aborto e duas cesáreas.	Seu filho nasceu à 30ª semana e 2 dias de gestação, pesando 900 gramas.
P6	36 anos	1º grau incompleto	Dois abortos e uma cesárea.	Seu filho nasceu à 32ª semana e 3 dias de gestação, pesando 1,790 gramas.
P7	anos	1º grau incompleto	Sete partos normais.	Seu filho nasceu à 39ª semana de gestação, pesando 3,160 gramas. Seu bebê iniciou antibioterapia, devido à infecção na cicatriz umbilical, o que exigiu internação na Unidade Neonatal, após a alta materna para término do tratamento.

Tabela 1 Trajetórias das Puérperas de Alto Risco Entrevistadas

Fonte: Autor, 2013.

As trajetórias aqui apresentadas refletem o ordenamento dos acontecimentos e configuram a história de cada puérpera de alto risco que fez parte desta pesquisa.

### 3.2 PROPOSIÇÕES NÃO INDEXADAS: REFLEXÕES SOBRE OS ACONTECIMENTOS

As dimensões não-indexadas do texto são investigadas como “análise do conhecimento”. Podem ser qualificadas em dimensões descritivas (sentimentos e experiências gerados pelos acontecimentos, expressando valores) e argumentativas (o que não é aceito pacificamente na história e as reflexões geradas pelos acontecimentos). (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011). Todas as dimensões descritivas e argumentativas são apresentadas e analisadas, o que faz emergir a produção do conhecimento (MEINCKE, 2007).

#### 3.2.1 Dimensões Descritivas: Narrativas Sobre Sentimentos e Experiências

As puérperas de alto risco expressaram em sua narrativas sentimentos e experiências geradas pela internação do seu filho na unidade neonatal, assim como por sua permanência no hospital, configurando as dimensões descritivas neste estudo.

Orientadas sobre as regras da instituição, as puérperas de alto risco relatam como buscar cuidado, caso necessitarem:

*Depois do parto a gente não tem mais contato com essa parte, porque o que a assistente social fala para nós se tiver algum problema, alguma coisa, falar com ela pra encaminhar pra algum setor responsável, pra consulta coisa parecida. (P4)*

*Falaram que ali é só se passar mal tem que ir lá embaixo (ambulatório) se consultar, leva o papelzinho de alta e se consulta lá embaixo, mas graças a Deus não passei mal, não precisou. (P7)*

A separação entre mãe e filho, para internação na unidade neonatal, demarca o início de uma longa caminhada de sofrimento e submissão aos cuidados da equipe, em que a rotina barulhenta e repleta de surpresas da unidade não permite espaço para a mulher, com seu

sofrimento, incertezas e dúvidas (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010). A puérpera é vista como a mãe acompanhante sendo que está vivendo o período puerperal repleto de mudanças e necessidades, a qual mesmo estando nas dependências do alojamento materno, deve buscar o ambulatório hospitalar para conseguir que seus cuidados sejam efetivados.

A equipe de enfermagem do alojamento conjunto provê apoio às mulheres em caso de necessidade, mesmo não estando internadas:

*Mas ontem eu estava com dor por causa dos pontos da cesárea fui lá e elas me deram remédio hoje de manhã levantei, de madrugada levantei falei com a enfermeira que estava de plantão, tipo no balcãozinho, ali também foi e me deu remédio tomei... então não tem o que dizer olha me negaram comprimido ou estão me tratando mal por que eu estou no [Alojamento Materno] não, estou bem tranquila. (P1)*

A flexibilização das normas e rotinas hospitalares é uma forma de cuidado, pois assim, a equipe de enfermagem pode levar em consideração a história de vida de cada pessoa, a fim de tratá-las com respeito e atenção, prestando um cuidado singular (PINHEIRO et al., 2011).

A perda dos direitos de paciente e a ênfase no papel de acompanhante do bebê são destacadas nas narrativas:

*[...] a enfermeira me explicou é o seguinte: se eu precisar de remédio, se eu passar mal, qualquer coisa é pra eu ir falar com a enfermeira que está lá (Alojamento Conjunto) ou com alguma das meninas, mas cuidado dentro do quarto claro que não vão ter porque não é mais obrigação do hospital. (P1)*

*Agora não estamos mais internadas, só mesmo como acompanhante, mas as Enfermeiras falam que não tem mais direito nenhum, se passar mal tem que procurar o médico; mas não passei mal. (P2)*

Considerar as puérperas como acompanhantes dá a essas

mulheres o papel de coadjuvantes, em um processo de cuidado focado no recém-nascido e, por vezes, marcado pela ausência de vínculo com os profissionais (PARADA; TONETE, 2008).

Quando o bebê alcança um peso estável e não necessita mais de suporte de oxigênio, passa para as acomodações do método Canguru, em que permanece 24 horas com sua mãe e com apoio da equipe de enfermagem. Durante sua estada no Método Canguru, P5 percebeu cuidados com o seu descanso e o bem-estar de seu bebê:

*A equipe de enfermagem não tem o que reclamar dos cuidados. A minha filha é chorosa, essa noite ela chorou um monte, veio uma enfermeira pegou ela e falou: “Não mãe, pega descansa que a gente cuida um pouquinho da tua menina” e levou, então não tenho o que reclamar, só tenho que agradecer. Ah! um pouco aliviada porque a gente fica nesse clima de hospital todo dia em função dela, então ela trocar o dia pela noite, chega a noite tu quer descansar e ela fica chorando, olha dá um desespero. Todas as mães dormindo, os outros bebês mais calminhos, nossa Graças a Deus, eu agradei bastante ela. Daí ela trouxe ela mais calminha, já era o horário da mamada, e mamou já dormiu de novo aí eu consegui descansar bastante. Fiquei bem tranquila porque sei que não tem o que se preocupar assim são bem cuidadosos. (P5)*

Nightingale (1989) exaltava a importância do sono na recuperação do paciente, destacando o cuidado com os ruídos que podem atrapalhar o adormecer ou até mesmo fazê-lo perder completamente o sono. Percebe-se que, neste caso, a fonte de barulho era o bebê prematuro, o qual necessitava de cuidados, podendo ser ministrados pela enfermagem, priorizando o descanso da puérpera que necessita restaurar seu poder vital para conseguir cuidar do filho e dela mesma. A narrativa apresentada demonstra o cuidado sensível da equipe de enfermagem que percebeu sua necessidade e, através dessa ação, priorizou seu bem-estar, cuidando tanto do bebê como da puérpera de alto risco.

O cuidado com o bebê é destacado como um cuidado a elas:

*Elas tiram colocam pra fazer canguru, pra ter*

*contato com a pele, bem cuidadosas ajudam a tirar roupa pra ter contato com a pele do bebê, foi bem legal. Também tanto as médicas como as enfermeiras... nada o que reclamar delas não... (P2)*

*Elas têm cuidado comigo e com ela, com as duas... sempre perguntam como que a gente está, se está bem, sempre cuidam bem dela. (P6)*

*Boa a relação. As enfermeiras sempre que a gente precisa, tudo que a gente pede, a gente pergunta, elas respondem, é tranqüila a relação com elas, com a enfermagem, elas estão sempre cuidando, são muito amorosas com os bebês estão sempre cuidando sempre alertas, elas fazem tudo que podem, o melhor possível, tem uma moça que está grávida lá, uma enfermeira muito atenciosa e amorosa. (P3)*

As mulheres demonstram satisfação e reconhecimento pelo apoio dispensado pela equipe e sua disponibilidade em informá-las sobre o estado de saúde de seus filhos, assim como demonstram sentimento de gratidão pelas que tiveram a oportunidade de realizar o método Canguru, no qual existe uma rotina no ensino dos cuidados com o bebê (SIQUEIRA; DIAS, 2011). Saber que seu filho está sendo bem cuidado conforta a puérpera de alto risco, traduzindo-o como um cuidado a si mesma, o que a faz enaltecer este cuidado de enfermagem. A entrevistada refere-se à enfermeira como amorosa, o que remete ao cuidado amável com o qual possibilita atender às necessidades do paciente, a fim de diminuir seu sofrimento e o de sua família (GRUDTNER, 2010).

As palavras de incentivo da enfermagem configuram-se em cuidado na fala da puérpera:

*Hoje eu conversei com uma [enfermeira] que me disse: “ó aquele menino ali que está grande agora, era do tamanho da sua filha quando chegou aqui” e aí vai me animando. O psicológico delas é bom, são animadas, é animador, elas gostam, tem envolvimento, fazem essas comparações. (P3)*

A interação da equipe de enfermagem com o recém-nascido e sua família demanda a atuação de profissionais sensibilizados e envolvidos que consolidem um cuidado integral, no qual sejam ditas frases de motivação aos pais (LOPES et al., 2011).

Para a pessoa que está longe de casa, passando por períodos no hospital, é importante oferecer algum prazer. E através da conversa, a enfermagem deve proporcionar alegria, a fim de distraí-la, apresentando-lhe algo novo sobre o que pensar ou no que olhar (NIGHTINGALE, 1989).

### **3.2.2 Dimensões Argumentativas: Narrativas Reflexivas**

As Puérperas de Alto Risco expressaram em suas narrativas reflexões sobre a internação de seu filho e o seu puerpério além da legitimação das vivências frente os Cuidados de Enfermagem delimitando as dimensões argumentativas neste estudo.

O cuidado da enfermagem é relacionado à preocupação com o aleitamento materno:

*Para eu descansar e ficar mais tranquila para poder ter o leite, se eu ficar muito estressada acaba não produzindo a quantidade de leite que ela precisa pra poder mamar e não tomar tanto complemento fórmula, só leite materno, é por isso que elas dão uma ajuda maior por causa disso, olham mais o aleitamento. (P5)*

O cuidado à mulher na amamentação é primordial na situação de prematuridade já que auxilia no desenvolvimento do bebê e no vínculo mãe e filho. Percebe-se, porém, que as ações de incentivo à participação materna na recuperação do filho estão direcionadas ao ato biológico de amamentar, mostrando que, muitas vezes, os profissionais associam a visita da mãe à ação funcionalista de atender ao objetivo institucional da amamentação (ARAUJO; RODRIGUES, 2010). Souza, Tesin e Alves (2010, p. 612) indicam que a ênfase do apoio oferecido voltou-se para o incentivo da produção do leite, levando-se em consideração as condições e modelos assistenciais dos profissionais para articular saber e prática, permeada por relações afetivas e solidárias que ultrapassem o campo biológico.

Refletindo sobre as condições de saúde de suas colegas, em comparação com a sua, P3 percebe a necessidade do acompanhamento



da enfermagem às puérperas que tiveram complicações na gravidez e parto:

*Comigo tudo bem eu não tenho nada, eu precisei de remédio para dor que eu estou tomando e vitamina, não tive mal-estar nenhum, nunca tive nada nesse tempo que estou aqui. Tive parto normal que é mais tranquilo. Mas eu vejo as meninas ali que estão comigo (Alojamento Materno) elas têm muita dor, elas tiveram aquela Síndrome de Help, eu acho interessante de vez em quando vir uma enfermeira, mesmo no alojamento pra dar uma olhada. É claro que elas falam com as enfermeiras e elas fazem, fazem tudo o que elas pedem, mas eu acho que elas que tiveram isso, acho que seria interessante uma vez por dia elas virem até ali. (P3)*

O cuidado de enfermagem é atrelado pela entrevistada apenas à situação de doença, porém, ele transcende sinais e sintomas. Conforme Melo, Souza e Paula (2012), garantir à puérpera a possibilidade de se expressar, abrir espaço para o diálogo, para ouvir, disponibilizar-se, é uma tecnologia de cuidado que possibilita prevenir transtornos no desenvolvimento e melhorar a qualidade de vida dos envolvidos nesse processo.

A puérpera de alto risco, ao vivenciar a rotina no alojamento materno, reflete sobre a função de sua permanência no local:

*[...] serviço de quarto de hotel mesmo, cafezinho da manhã depois a gente almoça, à noite vem cafezinho também, de tarde vem cafezinho... Ou seja, tua função aqui dentro é ficar perto do teu filho... se é essa a intenção de quem administra o [alojamento materno] é isso que estão conseguindo. Pelo menos pra mim estou gostando muito...(P1)*

Aqui, o cuidado enfatizado pela puérpera de alto risco é percebido por proporcionar sua estada próxima ao filho, oferecendo infra-estrutura para esta permanência. Essa proposta de alojamento materno até então ocorria por iniciativas isoladas dos hospitais e, a partir de 2011, a estratégia Rede Cegonha incentiva a criação de Casas de

Gestante, Bebê e Puérpera que “devem oferecer condições de permanência, alimentação e acompanhamento pela equipe de referência, com especial empenho pela manutenção da autonomia da mulher e a visita aberta” (BRASIL, 2011, p. 14), possibilitando assim, que mais puérperas de alto risco sejam contempladas com um cuidado especializado.

A qualidade do cuidado de enfermagem é influenciada pela forma que a enfermeira se relaciona com a puérpera:

*Só uma lá do lactário que é enfermeira que é meio rude, meio seca, mas isso é da pessoa mesmo, não tem muito jeito de chegar, mas agora já estou me dando bem com ela (risos) foi o primeiro susto, o impacto, aquela dificuldade que eu tive, aquele medo que eu tinha de não saber tirar leite, ela me ajudou agora me dou bem com ela. (P3)*

*[...]tem que ter paciência pra tratar as pessoas que estão passando por uma fase como essa, até porque já não é uma situação fácil, não adianta ter estresse no seu dia a dia e de noite tem que trabalhar estressada, nervosa. Não que eu tenha sido mal tratada, jamais, só a maneira de falar: “ô mãe não faz assim, ô mãe não faz assado, ô mãe não é desse jeito.” (P1)*

Ao se separarem dos bebês, as mulheres precisam confiar e contar com o apoio da equipe da unidade neonatal para poderem participar do cuidado do filho. O relacionamento com os profissionais da unidade pode se transformar em outra fonte de estresse quando ocorrem divergências entre suas expectativas e percepções. Tal experiência estressante contribui para desgaste emocional, ansiedade, impotência e perda da autoestima das puérperas de alto risco (OLIVEIRA et al., 2008).

Nightingale (1989) recomendava atenção na forma com a qual a enfermeira se relacionava com o paciente, evitando conversas desgastantes e desnecessárias, sussurros e futilidades, alegando que a enfermagem deve ser uma observadora segura e direta do estado geral do paciente, a fim de mantê-lo nas melhores condições possíveis para que a natureza possa atuar sobre ele, potencializando seu poder vital.

### 3.3 AGRUPAMENTO E COMPARAÇÃO ENTRE NARRATIVAS INDIVIDUAIS

Neste momento, o foco são as experiências relatadas individualmente nas narrativas com o objetivo de agrupá-las e compará-las (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011).

Com o agrupamento das narrativas, é possível identificar a trajetória coletiva construída já que as mulheres percebem o cuidado com o bebê como sendo com elas mesmas, dando-lhes tranquilidade ao saber que ele está sendo bem cuidado quando não está por perto. Ao serem orientadas pela equipe da unidade neonatal, as puérperas compreenderam que perderam seus direitos de paciente e estão no hospital como acompanhantes de seus bebês. Apesar de indicarem conflitos e reflexões acerca de momentos de não-cuidado, as mulheres mostram-se satisfeitas por poderem estar próximas aos seus bebês e receberem orientações da enfermagem.

A partir da comparação das falas, percebe-se as diferentes perspectivas das puérperas de alto risco frente ao questionamento sobre o cuidado de enfermagem a ela destinado, durante a internação de seu bebê.

O cuidado com a puérpera de alto risco é percebido de diferentes formas:

*Ah mesmo depois que eu tive alta eles cumprimentam a gente perguntam como a gente está, se tá bem como está, mesmo assim... Então eu acho que é uma atenção assim que é difícil em outros lugares a gente não tem e aqui é muito bem cuidado e são bem atenciosos. (P6)*

*A gente se encontra é Oi como é que está o teu bebê? Mas comigo não teve nenhum cuidado. Claro elas conhecem a gente se conhece, cria até um conhecimento com elas, mas cuidados comigo não, nenhum. (P4)*

Percebe-se que P6 sentiu-se cuidada ao receber atenção nos corredores, ao ser reconhecida e questionada sobre sua condição, enquanto P4 esperava um cuidado diferenciado, focado em suas necessidades, ultrapassando os limites de uma conversa de corredor. As mulheres no Puerpério de Alto Risco precisam de cuidados no pós-

parto. Como o ser humano é singular nas vivências de cada fase de sua vida, cabe à enfermagem identificá-las como únicas e atendê-las em suas necessidades individuais.

Nightingale (1914) afirmava que a boa enfermeira, a cada ano de trabalho, dirá “Eu aprendo algo novo todos os dias”. A enfermeira, como ser humano, está em constante aprendizado e, para cuidar de forma singular de cada puérpera de alto risco, deve-se estar aberto a aprender algo novo e estabelecer uma relação de troca com este ser cuidado.

### 3.4 COMPARAÇÃO DE CASOS DENTRO DO CONTEXTO DO PUERPÉRIO DE ALTO RISCO

As trajetórias individuais são inseridas no contexto e semelhanças são estabelecidas. Nessa fase, ocorre a comparação entre as mesmas, apontando então as trajetórias coletivas (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011). Neste manuscrito, considera-se como contexto o Puerpério de Alto Risco.

O termo Puerpério de Alto Risco é comumente relacionado à gestação de alto risco, porém, o Ministério da Saúde não traz uma definição específica, deixando subentendido que após uma gestação de alto risco, a mulher vive o Puerpério de Alto Risco (BRASIL, 2011). Assim, há necessidade da ampliação desta definição, incluindo as mulheres que viveram uma gestação saudável e seus bebês foram internados em unidade neonatal.

São diversos os estudos que destacam a importância de cuidar da mãe, enquanto seu filho está na unidade neonatal, enfatizando o vínculo mãe e filho, a amamentação e a inserção nos cuidados para que, após a alta, possa dar continuidade em casa (LOPES et al., 2011; ROCHA et al., 2011; SILVA; SILVA, 2009). Porém, a questão, por vezes esquecida, é o processo de restauração em que a mulher se encontra: o puerpério. Em um cenário normal, a puérpera seria orientada sobre os cuidados com o bebê e amamentação no alojamento conjunto, ambos receberiam alta e, em casa, seriam cercados pela família e seus cuidados com o descanso, a alimentação entre outros (KALINOWSKI et al., 2011). E quando a mulher vivencia o puerpério no hospital longe da família?

Toda a sua atenção está voltada ao quadro de saúde de seu filho; dúvidas, angústias, ansiedade e medo diante da possibilidade da morte do bebê permeiam os sentimentos da puérpera que está em um ambiente desconhecido em meio a profissionais que têm o foco no bebê. Este é

um momento de risco para a mãe que, no momento de restauração do seu organismo, vive um processo de estresse e desgaste emocional, quando doenças podem se instaurar. O puerpério de alto risco então merece atenção dos profissionais de enfermagem para dar a esta mulher cuidados específicos para vivenciar de forma saudável o puerpério e os cuidados com o seu bebê na unidade neonatal.

A puérpera não identifica cuidado de enfermagem após a alta do alojamento conjunto:

*Não, comigo não, eu ganhei alta deu, no caso eu estou bem agora no ver delas e no meu assim... (P4)*

Esta é uma fala preocupante que justifica a importância de desenvolver um cuidado focado na puérpera, por vezes esquecido. Segundo Corrêa et al. (2011) o cuidado de enfermagem demanda respeito à autonomia e às necessidades próprias da mulher puérpera, incluindo sua participação nas decisões que lhe dizem respeito e a consideração para com suas condições físicas e emocionais.

A puérpera, ao ser questionada sobre o cuidado de enfermagem, relaciona-o ao Alojamento Conjunto e, após a alta, o cuidado apenas com o bebê na Unidade Neonatal:

*Ah são bastante cuidadosas, tanto no Alojamento quando eu fui me internar também com o bebê ali na Neo, ali também são bem cuidadosas. Desde quando eu me internei no alojamento eles pensaram sempre em mim e na minha filha, graças a Deus cuidaram tanto de mim quanto dela por isso que hoje a gente já está quase saindo, cuidados assim sem explicação. São bem cuidadosas assim, tanto com ela como comigo. (P5)*

*Muito bom, bem atenciosas, o tempo todo sempre estavam no quarto lá no alojamento conjunto e fui muito bem cuidada... (P6)*

Entender que o cuidado na unidade neonatal vai além do bebê, possibilita compreender que as mulheres querem e precisam de alguém ao seu lado. Faz-se necessário que a equipe promova um exercício diário de uma escuta atenta, de estar junto à puérpera diante das suas

necessidades, para que, assim, o cuidado seja efetivo (MELO; SOUZA; PAULA, 2012).

Nightingale (1989) destacava que um dos deveres da enfermeira é a prevenção. Citava ainda que a enfermagem preventiva não deve ser menos valorizada já que a observação e os cuidados com ventilação, higiene, repouso, aquecimento podem prevenir agravos à saúde, assim como a observação do paciente em suas questões emocionais e de recuperação atuando no processo restaurador. Sendo assim, ressalta-se a importância da observação da puérpera de alto risco em suas questões emocionais e de recuperação, atuando no processo restaurador.

O Puerpério de Alto Risco é uma área em que a enfermagem preventiva é essencial em seus cuidados, acompanhando a evolução da mulher. Observar a situação física ligada ao pós-parto é importante, porém, o cuidado de enfermagem deve ser ampliado. Uma relação pautada na atenção, interação interpessoal, confiança e empatia propiciam à puérpera compartilhar seus sentimentos e sintomas, por vezes resguardados, possibilitando à enfermeira o exercício do cuidado efetivo.

Foi possível delimitar a trajetória coletiva expressa pelas mulheres ao sentir-se cuidadas quando percebem que o seu filho está sendo bem cuidado, assim como expressam necessitar de uma atenção diferenciada para auxiliá-las neste período delicado do puerpério de alto risco.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As puérperas quando vivenciam o puerpério em casa, podem estar envoltas por cuidados por vezes empíricos, orientadas pela família, com o objetivo de ter uma recuperação sadia do parto. Perceber a necessidade de cuidado das puérperas em sua vivência de passar períodos longe da família e em um ambiente desconhecido que é o hospital, incita a reflexão que elas não são apenas acompanhantes como são denominadas na Unidade Neonatal, elas são puérperas de alto risco e demandam cuidados de enfermagem.

As mulheres destacam suas trajetórias individuais ao expressarem suas emoções em meio ao puerpério de alto risco, assim como compartilham sua trajetória coletiva ao se sentirem cuidadas quando percebem que seu filho está recebendo atenção. Expressaram também que receber as informações sobre a condição de saúde do bebê, é uma forma de cuidado, que as tranquiliza frente a esta situação incerta que é a internação neonatal. É fundamental que esse cuidado se estenda

para além do bebê, olhando para a puérpera que necessita de cuidados de enfermagem nesta fase.

Garantir que o puerpério de alto risco seja um processo restaurador saudável e acompanhado por profissionais especializados pode e deve ser uma função da enfermagem, a qual acompanha com proximidade os desafios de ser puérpera de alto risco enquanto é vista apenas como acompanhante do seu filho na unidade neonatal. Refletir sobre as possibilidades e necessidades de cuidados de enfermagem frente ao puerpério de alto risco é o primeiro passo para a mudança do cenário atual da enfermagem brasileira.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 284-292, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria N° 1.459/GM, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

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

CAMPOS, Antonio do Carmo Soares. Recém-nascido na unidade de internação neonatal: o olhar da mãe. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 52-59, jan./mar. 2008.

CARVALHO, Ana Luiza Santos de et al. Sentimentos de puérperas com bebês hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 8, n. 1, p. 26-31, 2007.

CORRÊA, Áurea Christina de Paula et al. Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 728-735, 2011.

FRAGA, Iara Teresinha Gama; PEDRO, Eva Néri Rubim. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 89-97, 2004.

GRÜDTNER, Dalva Irany et al. O amor no cuidado de enfermagem **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 2, p. 317-321, abr.-jun. 2010.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto e imagem: um manual prático**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 90-113.

KALINOWSKI, L. et al. Beliefs and popular practice during postpartum period: integrated review of nursing productions **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 3, 2011. Disponível em? <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3140>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

KUNZLER, I. M. **O cuidado às mulheres no puerpério de alto-risco: aplicando o modelo de cuidado de Carraro fundamentado em Florence Nightingale**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LOPES, Fabiana Nascimento et al. A vivência do enfermeiro diante da privação materna em unidade de terapia intensiva neonatal. **HU Revista**, v. 37, n. 1, p. 39-46, 2011.

MEINCKE, Sonia Maria Könzgen. **A construção da paternidade na família do pai adolescente: contribuição para o cuidado de enfermagem**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MELO, Rita de Cássia de Jesus; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira; PAULA, Cristiane Cardoso de. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na Unidade Intensiva: Contribuições para a enfermagem neonatal. **Revista da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 219-226, 2012.



NIGHTINGALE, Florence. **Florence Nightingale to her nurses: A selection from Miss Nightingale's addresses to probationers and nurses of the Nightingale School at St. Thomas Hospital.** London: Macmillan and CO., limited St. Martins's Street, 1914.

\_\_\_\_\_. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. **Notes on hospitals.** Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863.

\_\_\_\_\_. **Notes on Nursing: What is and What is not.** Philadelphia: JB Lipincott, 1859.

OLIVEIRA, Juliana Fechine Braz de; QUIRINO, Glauberto da Silva; RODRIGUES, Dafne Paiva. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 1, p.74-84, 2012.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008.

PINHEIRO, Ana Lúcia Uberti et al. Humanização no cuidado hospitalar: percepção de familiares acompanhantes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 204-213, 2011.

ROCHA, Rosemary dos Santos et al. Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 502-509, 2011.

SCHÜTZE, Fritz. **Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien: dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen.** Universität Bielefeld, Fakultät für Sociologie, 1977.[Manuskript].

SIQUEIRA, Marly Beserra de Castro; DIAS, Marcos Augusto Bastos. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 1, p. 27-36,

2011.

SOUZA, K.V. ; TESIN, R.R.; ALVES, V.H. Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 5, p. 608-613, 2010.

SOUZA, Kleyde Ventura de et al. Consulta puerperal: demandas das mulheres sob a perspectiva da enfermeira-estudo exploratório. **Online braz. j. nurs.**, v. 11, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3730>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

TRONCHIN, Dayse Maria Rizatto; TSUNECHIRO, Maria Alice. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 1, p. 49-54, 2005.

## 5.4 MANUSCRITO 3: A TRAJETÓRIA DAS PUÉRPERAS DE ALTO RISCO: PODER VITAL EXPRESSO NAS NARRATIVAS

Ariane Thaise Frello<sup>1</sup>

Telma Elisa Carraro<sup>2</sup>

### **RESUMO**

Esta pesquisa tem como objetivo reconhecer o poder vital expresso nas narrativas das puérperas de alto risco. Estudo narrativo com abordagem qualitativa, sustentado em Florence Nightingale, realizado em uma instituição pública, de janeiro a março de 2010, com sete puérperas de alto risco, acima de 18 anos, que desejaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O poder vital permeia as falas, formando quatro categorias: trajetórias das puérperas de alto risco, narrativas sentimentais e reflexivas, agrupamento e comparação entre as narrativas e comparação das narrativas dentro do contexto. As narrativas apontam que as mulheres demonstram uma mescla de emoções que abalam seu poder vital. À enfermagem é imprescindível utilizar da observação e sensibilidade para compreender a puérpera de alto risco, seus sentimentos e a influência destes no poder vital para poder cuidá-la possibilitando que vivencie o processo restaurador do puerpério de alto risco de forma plena.

**Descritores:** Período Pós-Parto. Cuidados de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Florence Nightingale.

### **THE HIGH RISK PUERPERAL WOMAN'S TRAJECTORY: VITAL POWER IN THE NARRATIVE**

#### **Abstract**

This study aims at recognizing the vital power expressed in the puerperal women's narratives. A qualitative narrative study based on Florence Nightingale's theory was conducted in a public institution in southern Brazil from January to March 2010 with seven high risk puerperal women older than 18 years who wished to participate in the study and signed the Informed Consent Form. Vital power permeates their discourse, forming four categories: high risk puerperal woman's trajectory; sentimental and reflexive narratives, grouping and comparison of narratives and narrative comparison within the context. The narratives indicate that the women show a mix of emotions that weaken their vital power. It is essential that the nursing team uses

observation and sensitivity to understand the high risk puerperal woman, her feelings and their influence on her vital power in order to care for her, enabling her to fully experience the restoring process of high risk puerperium.

**Descriptors:** Postpartum period. Nursing Care. Neonatal Intensive Care Units. Florence Nightingale.

## **LA TRAYETORIA DE LA PUÉRPERA DE ALTO RIESGO: PODER VITAL EXPRESADO EN LA NARRATIVA**

### **Resumen**

Estudio narrativo con enfoque cualitativo, basado en Florence Nightingale, realizado en una institución pública del Sur de Brasil, de enero a marzo 2010 con siete puérperas de alto riesgo mayores de 18 años, que firmaran el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, que objetiva reconocer el poder vital expresado en las narrativas de esas puérperas. El poder vital permea su discurso, formando cuatro categorías: trayectorias de las puérperas de alto riesgo, narrativas sentimentales y reflexivas, agrupamiento y comparación entre las narrativas y comparación de las narrativas dentro del contexto. Las narrativas apuntan que las mujeres demuestran una mezcla de emociones que debilita su poder vital. Es imprescindible que la enfermería use observación y sensibilidad para comprender a esa puérpera, sus sentimientos y la influencia de ellos en el poder vital para poder cuidar de ella y posibilitar que experimente el proceso restaurador del puerperio de alto riesgo de forma plena.

**Descriptorios:** Período Postparto. Cuidados de Enfermería. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Florence Nightingale.

## **1 INTRODUÇÃO**

O puerpério, quando vivido durante a internação neonatal do recém-nascido, impacta a vida da mulher que está experienciando o processo restaurador do pós-parto, necessitando distanciar-se da família e cuidar de seu bebê no hospital; situação denominada, nesta investigação, como Puerpério de Alto Risco. O conceito de Puerpério de Alto Risco inspira-se em Kunzler (2006, p.120), ao definir que “uma mulher, mesmo não tendo vivenciado uma gestação de alto risco, pode vir a vivenciar um puerpério de alto risco, caso suas necessidades de cuidado não sejam atendidas”.

A puérpera de alto risco distancia-se da rotina e da família, em

um ambiente desconhecido que é o hospital, envolvida em dúvidas e expectativas quanto ao futuro do bebê, cenário que gera sentimentos negativos, os quais enfraquecem seu poder vital. Desta forma, a maior expectativa da mulher é levar seu filho para casa e poder exercer livremente seu papel de mãe, o que a faz criar forças para “viver os contratemplos do dia a dia, superar medos e desafios e aguardar ansiosamente o dia de deixar o hospital com o filho nos braços” (CRUZ; ANGELO, 2012, p. 1310).

A partir de 2000 com a criação do Método Canguru, voltado para as mulheres que tem seu filho internado em Unidade Neonatal, é garantido “a aproximação, o mais precocemente possível, entre a mãe e o bebê, para fortalecer o vínculo afetivo, seja nos cuidados intensivos ou garantindo o alojamento conjunto desde que possível” (BRASIL, 2011a, p.12). Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a estratégia Rede Cegonha que foi normatizada pela Portaria Nº 1.594, de 24 de junho de 2011, visando à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e à criança até 24 meses de vida. Esta prioriza ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, a partir da reorganização da assistência em saúde baseada em evidências científicas e centrada no bem-estar da mãe, da criança, do pai e da família (BRASIL, 2011b). Este programa vem acrescentar possibilidades de cuidar da puérpera de alto risco, ao melhorar a estrutura e capacitar os profissionais com o intuito de prestar cuidados de qualidade focados nas necessidades das mulheres que enfrentam essa situação delicada. Um dos dispositivos propostos é a criação de um novo local de atenção à saúde materna e infantil, denominada Casas de Gestante, Bebê e Puérpera que visam cuidar, dentre outras populações, “puérperas com bebê internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do serviço de saúde e/ou que necessitam de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com seu bebê” (BRASIL, 2011b p.14).

A internação neonatal causa grande sofrimento e sensação de impotência por parte da mulher, já que não pode desempenhar a função de proteção materna (CRUZ; ANGELO, 2012). Esses sentimentos abalam o estado emocional da mulher, refletindo também no processo restaurador inerente ao puerpério, levando-a ao enfraquecimento de seu poder vital.

Este estudo utiliza como referencial teórico Florence Nightingale (1863, 1914, 1989), a qual apontava que o ser humano é possuidor de poder vital, sendo este a força de vida do ser humano, que quando

mobilizada positivamente, facilita a restauração da saúde, caso contrário, contribui para a piora do quadro da doença. O processo restaurador é um processo de ser e estar saudável enquanto se recupera dos fatores que lhe adoentaram, o qual pode ser facilitado ao utilizar meios que fortaleçam o poder vital do indivíduo ou retardado quando este é enfraquecido. Ela destacava que a Enfermagem deve se evitar qualquer desgaste do poder vital do ser cuidado, facilitando que a natureza haja para a restauração da saúde (NIGHTINGALE, 1859, 1863, 1914, 1989).

O poder vital é uma força interna que está voltada à recuperação durante o puerpério e é influenciado pelas relações estabelecidas da puérpera com o ambiente, a família, o recém-nascido, a equipe de saúde, entre outros (BERNARDI, 2011). No puerpério de alto risco, esta recuperação, entendida como processo restaurador, a mulher fica vulnerável em meio à situação diversa que é a internação neonatal e sua longa estadia no hospital cuidando de seu filho, abalando sua força interna, ou seja, seu poder vital.

Frente à percepção de que a puérpera de alto risco vive um processo restaurador, considera-se importante conhecer como as mulheres expressam seu poder vital. Dessa forma, este estudo tem como objetivo reconhecer o poder vital expresso nas narrativas das puérperas de alto risco.

## **2 MÉTODOS**

Estudo narrativo com abordagem qualitativa, realizado em uma instituição pública que atende 100% ao Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Sul do Brasil, no período de janeiro a março de 2010, derivado de um recorte de uma tese de doutorado em enfermagem. Foram sujeitos da pesquisa 7 (sete) mulheres puérperas acima de 18 anos que estavam com bebê na Unidade Neonatal, as quais desejaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se a entrevista narrativa como método de coleta de dados, seguindo os passos propostos por Jovchelovitch e Bauer (2011, p. 97): "Preparação; Iniciação; Narração Central; Fase de Perguntas e Fala Conclusiva". A entrevista narrativa é um procedimento que permite contar histórias e pode ser analisada de diversas maneiras.

O tratamento e análise dos dados foram baseadas em Fritz Schütze (1977), que, além de apresentar a proposta da entrevista narrativa, aponta seis fases para a sistematização dos dados, a qual foi

operacionalizada por Jovchelovitch e Bauer (2011) e aplicada por Meincke (2007). São estas: 1ª fase: Transcrição detalhada do material verbal. 2ª fase: Divisão do texto em material indexado (tem referência concreta a "quem fez o quê, quando, onde e por quê") e não-indexado (expressam valores, juízos e toda forma de sabedoria de vida). 3ª fase: Uso dos componentes indexados do texto para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo, ou seja as trajetórias. 4ª fase: As dimensões não-indexadas do texto são investigadas como "análise do conhecimento". 5ª fase: Agrupamento e comparação entre as trajetórias individuais. 6ª fase: Comparação de casos dentro do contexto com a identificação das trajetórias individuais semelhanças são estabelecidas para estabelecimento das trajetórias coletivas (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011).

Em relação aos aspectos éticos, antes do início do estudo foram obtidos o consentimento formal da instituição participante e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob Nº 1132/2010. Para preservação da identidade dos sujeitos, utilizou-se a letra P de puerpera seguida de números de um a sete.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As narrativas das puerperas de alto risco foram coletadas a partir das questões geradoras: "Conte-me a sua história desde o parto até o momento e como se sentiu; Como percebe o cuidado de enfermagem com você nestes momentos?" O poder vital permeia as falas, de forma que os dados são apresentados em itens: trajetórias das puerperas de alto risco, narrativas sentimentais e reflexivas e trajetórias coletivas.

#### **Trajetória das Puerperas de Alto Risco**

A partir das proposições indexadas, foi possível ordenar os acontecimentos e conhecer a trajetória das puerperas de alto risco (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011). As informações foram relatadas pelas entrevistadas, desde seus dados pessoais até seu quadro de saúde e de seus bebês.

P1: gestação gemelar, em que um dos bebês veio a óbito intra-uterino à 26ª semana e, na 33ª, nasceu de parto cesáreo o outro bebê, pesando 1,865 gramas e está na Unidade Neonatal. Tem 35 anos, 2º grau incompleto, é gerente de expedição, espírita, reside com seu marido e dois filhos, um deles nasceu de parto normal e o outro, cesáreo.

P2: parto normal, em que nasceu sua filha à 33ª semana de gestação, pesando 1,030 gramas. Tem 39 anos, 1º grau incompleto, merendeira, evangélica, reside com seu marido e duas filhas nascidas de parto cesáreo.

P3: parto normal, em que nasceu sua primeira filha à 26ª semana e 5 dias de gestação, pesando 810 gramas. Tem 31 anos, 2º grau completo, comerciante, católica, reside com seu marido.

P4: parto cesáreo, em que a bebê nasceu à 28ª semana e 6 dias de gestação, pesando 710 gramas. Tem 31 anos, 2º grau Incompleto, babá, evangélica, reside com seu marido e duas filhas, nascidas de parto normal; teve um aborto.

P5: parto cesáreo, em que a bebê nasceu à 30ª semana e 2 dias de gestação, pesando 900 gramas. Tem 35 anos, 2º grau completo, auxiliar administrativo, católica, reside com seu marido e seu filho, nascido de parto cesáreo; teve um aborto.

P6: parto cesáreo, em que nasceu seu bebê à 31ª semana e 10 dias de gestação, pesando 1,790 gramas. Tem 36 anos, 1º grau incompleto, do lar, católica, reside com seu marido e sua filha adotiva, teve dois abortos.

P7: parto normal, em que sua bebê nasceu à 39ª semana de gestação, pesando 3,160 gramas. Seu bebê iniciou antibioterapia devido infecção na cicatr

iz umbilical, o que exigiu internação na Unidade Neonatal, após a alta materna para término do tratamento. Tem 31 anos, 1º grau incompleto, do lar, evangélica, reside com seu marido e 5 filhos, nascidos de parto normal.

### **Narrativas Sentimentais e Reflexivas**

A “análise do conhecimento” é apresentada a partir das dimensões não-indexadas extraídas das narrativas. Aquelas que derivam dos sentimentos e experiências gerados pelos acontecimentos, expressando valores, são qualificadas como dimensões descritivas e aquilo que não é aceito pacificamente na história e as reflexões geradas pelos acontecimentos, como argumentativas (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011). A produção do conhecimento emerge da apresentação e análise de todas as dimensões descritivas e argumentativas (MEINCKE, 2007). As proposições não-indexadas apresentam as narrativas relacionadas aos sentimentos e reflexões das púérperas de alto risco.

As entrevistadas demonstraram, em suas narrativas, abalo



emocional frente à possibilidade do parto prematuro, frente à sua saúde e do bebê:

*[...] foi bem difícil no início pra mim aqui eu não tinha expectativa, não sabia de nada, o que que vai ser de mim será que o bebê vai nascer, será que eu vou ficar bem? Uma pressão alta é risco tanto pra mim como para o bebê e medo assim medo de eu vir a óbito, o bebê tudo junto é isso medo mesmo eu não tinha expectativa nenhuma. (P4)*

*Assim no começo assustou um pouco porque eu não queria, queria que segurasse mais a gestação só que ela não estava ganhando peso, ela estava ganhando coisa de 70 gramas por semana. (P5)*

O parto prematuro iminente causa medo e a insegurança diante do desconhecido, da morte, da incerteza do futuro e de não poder retornar para sua casa com seu filho, conforme o planejado (VÉRAS; VIEIRA; MORAIS, 2010). Estes sentimentos, frente à falta de expectativa sobre a sua condição de saúde e a do bebê, enfraquecem o poder vital da puérpera de alto risco, já que as emoções estão diretamente ligadas à força interna do ser humano responsável pelo processo restaurador do puerpério.

Ter acompanhado outras puérperas de alto risco em que o bebê tinha quadro de saúde grave, causou medo nas entrevistadas:

*[...] a minha amiga fez o parto um pouco antes e por causa da pressão alta ela fez uma parada [...] e eu pensava “será que eu vou passar por isso também”, e aquele medo mesmo eu tinha muito medo, muito medo mesmo (P4)*

*Então aí assustou um pouco, chorei um bocadinho, mas aí graças a Deus o parto ocorreu bem, eu estava assustada mais por ela achando que ela ia nascer prematura, até pelos outros prematuros que nasceram das minhas colegas de quarto, aí graças a Deus ela veio não precisou de incubadora, não precisou de oxigênio até hoje, então assim, aí eu fiquei mais tranquila. (P5)*

A situação do nascimento prematuro em unidade neonatal causa forte impacto na mãe e na família, por ser reconhecida como um setor que atende pacientes graves e com risco de morte (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011). Assim sendo, conforme Ditzz; Mota; Sena (2008) ao conviver com outras mulheres em situação semelhante, a puérpera de alto risco pode vivenciar a piora e, por vezes, a morte de outra criança, deparando-se com as incertezas quanto ao futuro de seu filho e divide com a outra mãe, o sofrimento da perda.

O parto prematuro foi um acontecimento inesperado, impossibilitando o ritual de preparação para receber o filho:

*Então o parto eu tinha vontade que ela não nascesse, eu queria esperar mais. [...] eu não tive tempo de engordar foram só 6 meses [...]eu esperei pra ter filho não muito tarde foi a primeira gestação, até ela nascer foi tranquilo tirando que ela nasceu prematura, muito muito prematura. [...] Eu não tinha nada pronto, não tinha minha bolsa pronta, não é bem organizado como a gente quer, como eu ia fazer não tinha nada comprado, as coisas dela (P3)*

*Foi péssimo, a gente planeja tanta coisa, ter e depois ir pra casa, é bem estressante, fica com dois corações divididos, lá em casa e aqui (P2)*

A gravidez é carregada de expectativas e sonhos referentes ao futuro do bebê e eventos inesperados; nesta fase, geram profundo sofrimento nas mães quando percebem que a realidade se distancia do planejado (CRUZ; ANGELO, 2012). Essas mudanças drásticas, e por vezes repentinas, podem causar na puérpera uma dificuldade em estar junto à criança na unidade neonatal, especialmente durante a primeira visita, destacando que ainda estão fragilizadas devido ao pós-parto, e se apresentam angustiadas e abaladas física e emocionalmente (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011).

Esse cenário que se apresenta faz com que seja indispensável a enfermeira respeitar a trajetória vivenciada pela mulher e observar tanto as variáveis subjetivas quanto objetivas que interferem no poder vital, para planejar o cuidado com o objetivo de “fomentar positivamente esta força interna que é inata do ser humano, promovendo assim um ‘cuidar pensando’ e ‘pensar cuidando’” (BERNARDI, 2011, p. 120).

Uma puérpera de alto risco narrou sua vivência em que, grávida

de gêmeos, teve óbito intra-uterino de um dos fetos aos seis meses de gestação, mantendo-a por mais 40 dias:

*[...]É alegria de um lado e tristeza do outro [...] Por um lado meu Deus do céu meu filho está melhor do que eu esperava, mesmo estando lá nos cuidados intermediários, eu pensava que ele ia ficar na UTI, então é uma alegria que não tem como explicar, se contassem para mim eu não acreditaria se não fosse comigo. Como é que vai ficar 40 dias com o filho que morreu dentro da barriga? Isso não existe, e com outro vivo ali do lado, então eu sinto assim é uma mistura de sentimentos, por um lado feliz e o outro lado Meu Deus do céu é uma parte de mim que hoje vai embora, é difícil. (P1)*

Lidar com a morte de um filho é uma das situações de extrema complexidade na vida do ser humano e gera sentimentos de tristeza, sofrimento e angústia, sendo que cabe à enfermeira criar um ambiente que propicie à puérpera desabafar e buscar ajuda no processo de luto (FARIAS et al., 2012).

Esta mescla de sentimentos frente à morte de um bebê e a recuperação de outro é uma situação delicada que influencia no processo restaurador do puerpério de alto risco e em seu poder vital, de forma que é imprescindível que esta receba cuidados de enfermagem, a fim de que possa lidar com as emoções do luto, ao mesmo tempo em que comemora a vida de seu filho internado na unidade neonatal.

As puérperas de alto risco narraram seus sentimentos ligados à situação de saúde de seu filho na unidade neonatal:

*Hoje eu estou bem tranquila assim em vista do que eu fiquei até a hora de ver que ela saiu ali da UTI, eu tinha aquela preocupação: “Será que ela vai sair daqui?” Ela foi a 595 gramas, o médico disse pra mim “Ela é grave”, então eu fiquei bem preocupada, agora não, agora eu estou tranquila, agora eu vi que falta pouco, ela está bem. (P4)*

*Está ruim, estou triste às vezes, ela esta lá com tantas coisas na veia, é triste, mas se é para o bem dela. (P7)*

A hospitalização na unidade neonatal insere o recém-nascido ao estresse e à dor comum às terapias complexas, fazendo com que as mulheres, além de enfrentarem a experiência de se tornarem mães em um contexto adverso, devem enfrentar seus medos e fortalecer-se para cuidar de seus filhos (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011).

A busca da fé para tranquilizar e auxiliar na recuperação do bebê é narrada pela puérpera de alto risco:

*[...] graças a Deus correu tudo bem, estamos aqui, acho que é uma segunda chance de vida (P6)*

*[...] fiquei muito triste no segundo dia, então eu rezava pra ela, rezava pra dar certo, tentava imaginar coisas positivas, eu fiquei com medo nesse segundo dia que ela não fosse aguentar, depois disso parece que ela foi estabilizando (P3).*

Frente ao sentimento de impotência experimentado pelas mães na contribuição da recuperação do filho, a fé serve como amparo e esperança na melhora do bebê (VÉRAS; VIERA; MORAIS, 2010). Esta auxilia a puérpera a dar sentido e enfrentar a história que vivencia (CRUZ; ANGELO, 2012).

Nightingale (1989, p. 115) afirmava que “os sofrimentos reais da doença são pouco conhecidos e compreendidos. Um indivíduo sadio muito raramente pode imaginar-se na pessoa de um doente”. A partir desta afirmação, pode-se refletir que o sofrimento da puérpera de alto risco é imensurável, dada a complexidade da situação que mescla seus sentimentos frente à internação do bebê e à distância da sua família, potencializado pelo processo restaurador inerente ao puerpério.

Assim, para a enfermagem poder compreender a situação vivida pela mulher, é necessário lançar mão da observação. A observação tem grande importância para a efetiva atuação da enfermagem, pois objetiva salvar vidas, melhorar a saúde e o conforto, atentando que “a enfermeira deve observar e detectar a perda gradual de forças do paciente, pois ele não se queixa disso” (NIGHTINGALE, 1989, p. 131). No caso da puérpera de alto risco, percebe-se que o enfraquecimento do poder vital está relacionado às emoções e sentimentos envolvidos em sua experiência de internação neonatal, os quais oscilam conforme o quadro de saúde de seu filho; em que nem sempre são relatadas seus sentimentos, sendo primordial a observação por parte da enfermeira para

cuidar frente às necessidades apresentadas.

Desta forma, é possível identificar que as mulheres tiveram seu poder vital influenciado ao narrarem seus sentimentos frente a possibilidade da internação neonatal. A convivência com outras puérperas de alto risco em que seus bebês estavam em estado grave trouxe medo que o mesmo acontecesse com elas ao mesmo tempo que buscaram apoio entre as puérperas que vivenciavam a mesma situação. A gestação é rela-tada como um período de preparação para o puerpério e os cuidados com o bebê em casa, fato que foi modificado frente a internação neonatal em que seu estado emocional estava condicionado a situação de saúde do bebê, buscando na fé a força para enfrentar esses momentos.

Nightingale (1989, p. 69-70) refletia sobre o poder que o corpo tem sobre a mente, quando o paciente necessita ficar no mesmo ambiente por longos períodos, sem variar as atividades, “as paredes dos quartos parecem cheias de suas preocupações; como o fantasma de suas dificuldades ronda os leitos; e como se torna impossível para eles escapar de um pensamento persecutório sem o auxílio de algo diferente no seu dia-a-dia”.

Em meio ao processo restaurador do puerpério de alto risco, repleta de inquietações e angústias, a possibilidade de poder variar suas atividades para além dos cuidados com seu filho, distraindo seus pensamentos e aliviando a ansiedade se configura em um cuidado a estas mulheres, o que potencializa seu poder vital.

### **Trajetória Coletiva das Puérperas de Alto Risco no Contexto do Processo Restaurador**

As trajetórias individuais são inseridas no contexto e semelhanças são estabelecidas, apontando as trajetórias coletivas. (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011). Neste estudo, o poder vital será analisado através do contexto do processo restaurador.

O processo restaurador é entendido como a busca de um equilíbrio entre a saúde e na recuperação da doença, buscando fortalecer o poder vital. Os cuidados com o ambiente externo, através do ar puro, claridade, aquecimento, silêncio, limpeza e alimentação e do ambiente interno, diante dos aspectos emocionais vividos como as distrações, as visitas e cores estimulantes, deveriam persistir em todos os momentos, no processo restaurador. Quando não tomadas as precauções acima citadas, afetariam as pessoas sadias, no entanto causariam conseqüências

mais graves para as doentes. (NIGHTINGALE, 1989).

No puerpério de alto risco, este processo restaurador está presente, pois a mulher vive o retorno ao estado não-gravídico em meio à situação conturbada da internação neonatal, em que está suscetível a abalos em seu poder vital. Cuidar em enfermagem atentando ao processo restaurador concretiza-se ao manter este ser humano “nas melhores condições possíveis a fim de que a natureza possa atuar sobre ele” (NIGHTINGALE, 1989, p. 146).

As narrativas apresentam a fragilidade emocional enfrentada pela mulher que tem seu filho internado em unidade neonatal, durante o puerpério de alto risco, quadro que afeta seu poder vital extinguindo suas forças interiores que deveriam estar mobilizadas para o processo restaurador do pós parto. Frente a necessidade de cuidar do seu bebê, pois seu quadro clínico a preocupava e fazia com que permanecesse no hospital por longos períodos, longe do restante família focada apenas no recém nascido, o que a fazia esquecer de si mesma, como exemplifica a fala:

*[...] essa rotina de vai e vem e ela ali a gente acaba esquecendo um pouquinho da gente assim né a preocupação fica mais para o bebê assim. (P4)*

Este contexto complexo de sentimentos que afetam o poder vital que, por sua vez impacta no processo restaurador que urge pela compreensão da enfermagem, para que a partir da observação das necessidades da puérpera de alto risco, atue cuidando não apenas do bebê, mas da mulher, ser humano singular que necessita estar com fortalecida para poder cuidar do seu filho e de si mesma.

Nightingale (1989) destacava o cuidado na convalescença. Convalescença é o “período de recuperação gradual da saúde e das forças após uma doença” (MICHAELIS, 2008, p. 224). Compreende-se, então, que a mulher no puerpério vive um período de convalescença, mesmo não tendo passado por uma doença, mas seu organismo está restabelecendo suas forças para voltar ao estado não-gravídico. Conforme Nightingale (1989), muitas pessoas não entendem por que os convalescentes devem receber os cuidados de enfermagem, porém, o retorno à saúde e à vida útil dependem de atenção após a recuperação.

Pode-se compreender a trajetória coletiva expresso nas narrativas das puérperas de alto risco seu poder vital foi abalado pela mescla de sentimentos frente à hospitalização do bebê e permanência

estendida da mulher no hospital. Pensando na puérpera de alto risco como um ser humano, que vivencia um processo restaurador, torna-se imprescindível que a enfermagem cuide e acompanhe este período, auxiliando-a no retorno às atividades e na potencialização de seu poder vital.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das narrativas pode-se depreender que as mulheres demonstram uma mescla de emoções que abalam seu poder vital. Desde o momento em que souberam que a gestação seria encerrada precocemente, levou-as a se desfazer dos planos e sonhos sobre a gravidez, o parto e o puerpério. A longa estada no hospital, cuidando e acompanhando a evolução da saúde de seu filho propiciou a convivência com outras puérperas em situação semelhante. As emoções sentidas em meio a internação neonatal conduziu-as à busca de forças por meio da fé. Este é um recorte do cenário que se forma na vida da puérpera de alto risco no qual emerge a necessidade de atenção a esta mulher que neste momento necessita de cuidados singulares ao vivenciar um processo restaurador.

O poder vital da puérpera de alto risco foi fortalecido ao perceber que seu filho estava sendo cuidado na unidade neonatal, transmitindo-lhe confiança na equipe de enfermagem, auxiliando-a a vivenciar de forma tranquila o processo restaurador do puerpério em meio a internação neonatal. Destaca-se portanto a importância da enfermagem em incluir a mulher nos cuidados com o bebê, manter-lhe informada possibilitando assim que a puérpera sintasse-se mais próxima do bebê, diminuindo a ansiedade relacionada à hospitalização.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa e lidar com narrativas relacionadas a sentimentos que influenciam no poder vital, configurando-se como relatos pessoais a partir da vivência destas puérperas de alto risco, os resultados limitam-se a esta situação não podendo ser generalizados. Importante assim, o desenvolvimento de outros estudos sobre o poder vital destas mulheres em mais regiões do país e do mundo levantando um quadro da situação vivida e das necessidades de cuidado destas puérperas de alto risco de forma ampliada.

À enfermagem é imprescindível utilizar da observação e sensibilidade para compreender a experiência da puérpera de alto risco, seus sentimentos e a influência destes no poder vital para poder cuidá-la

possibilitando que vivencie o processo restaurador do puerpério de alto risco de forma plena, cuidando de si mesma e do seu bebê na unidade neonatal e se preparando para levá-lo para seu lar.

## REFERÊNCIAS

BERNARDI, Mariely Carmelina **Poder vital de puérperas no domicílio**: a enfermeira utilizando o modelo de cuidado de Carraro. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

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

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. (Estomas em neonatologia: um resgate da memória materna; Stomas in neonatology: recovering the mother's memory; Estomas en neonatología: un rescate de la memoria materna. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 6, p. 1306-1312, 2012.

DITZ, E. S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan./mar. 2008.

FARIAS, L. M. et al. Enfermagem e cuidado humanístico às mães diante do óbito neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 2, p. 365-74, 2012.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto e imagem**: um manual prático. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 90-113.

KUNZLER, I. M. **O cuidado às mulheres no puerpério de alto-risco**:



aplicando o modelo de cuidado de Carraro fundamentado em Florence Nightingale. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MEINCKE, Sonia Maria Könzgen. **A construção da paternidade na família do pai adolescente:** contribuição para o cuidado de enfermagem. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MICHAELIS. **Dicionário escolar da Língua Portuguesa.** São Paulo: Melhoramentos, 2008.

NIGHTINGALE, Florence. **Florence Nightingale to her nurses:** A selection from Miss Nightingale's addresses to probationers and nurses of the Nightingale School at St. Thomas Hospital. London: Macmillan and CO., limited St. Martins's Street, 1914.

\_\_\_\_\_. **Notas sobre enfermagem:** o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. **Notes on hospitals.** Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863.

\_\_\_\_\_. **Notes on Nursing:** What is and What is not. Philadelphia: JB Lipincott, 1859.

PERLIN, D. A.; OLIVEIRA, S. M.; GOMES, G. C. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 458-464, 2011.

SCHÜTZE, Fritz. **Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien:** dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Universität Bielefeld, Fakultät für Sociologie, 1977. [Manuscript]

VÉRAS, R. M.; VIEIRA, J. M.; MORAIS, F. R. A Maternidade Prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 325-332, 2010.

## 5.5 MANUSCRITO 4: PUÉRPERIO DE ALTO RISCO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Ariane Thaise Frello  
Telma Elisa Carraro

### **Resumo**

O puerpério de alto risco é caracterizado pelo período em que a mulher no pós parto tem seu bebê internado na unidade neonatal, necessita acompanhá-lo, vivendo momentos de transformações. O objetivo deste estudo é entender a influência do ambiente hospitalar no puerpério de alto risco. Estudo narrativo com abordagem qualitativa, sustentado em Florence Nightingale, realizado em uma instituição pública do sul do Brasil, de janeiro a março de 2010. Foram sujeitos da pesquisa sete puérperas de alto risco acima de 18 anos, que desejaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As narrativas denotam o desafio em conviver em um ambiente desconhecido, por tempo indeterminado, confiando seu filho aos profissionais enquanto está longe dos demais familiares, apontando necessidades de cuidados de enfermagem nesta fase. A busca de laços e apoio entre as puérperas de alto risco destacou-se como positivo no fortalecimento do seu poder vital.

**Descritores:** Período Pós-Parto. Cuidados de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Florence Nightingale.

### **NARRATIVES OF THE EXPERIENCE OF BEING A HIGH RISK PUERPERAL WOMAN IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT**

#### **Abstract**

High risk puerperium is the period when the post-partum woman's newborn is hospitalized in the neonatal unit and she has to accompany him, experiencing difficult moments. This study aims to understand the hospital environment influence's in the high risk puerperium. It is a qualitative narrative study based on Florence Nightingale's theory, conducted at a public institution in southern Brazil from January to March 2010. The study subjects were seven high risk puerperal women older than 18 years who wished to participate in the study and signed the Informed Consent Form. Their narratives indicate the challenge of living in an unknown environment for an indeterminate period, trusting

their children to professionals while apart from their relatives, showing the need for nursing care during this stage. The search for links and support among the high risk puerperal women was highlighted as a positive point for their vital power.

**Descriptors:** Postpartum period. Nursing Care. Neonatal Intensive Care Units. Florence Nightingale.

## **NARRATIVAS SOBRE LA EXPERIENCIA DE SER PUÉRPERA DE ALTO RIESGO EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO**

### **Resumen**

El puerperio de alto riesgo es cuando la mujer tiene su bebé internado en la unidad neonatal en el postparto, acompañándolo y viviendo momentos de aprensión. Ese estudio narrativo con enfoque cualitativo, basado en Florence Nightingale, realizado en una institución pública del sur de Brasil, de enero a marzo 2010, objetiva entender la influencia del ambiente hospitalario en el puerperio de alto riesgo. Los sujetos del estudio fueron siete puéperas de alto riesgo mayores de 18 años, que deseaban participar del estudio y firmaran el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Las narrativas denotan el desafío de convivir en un ambiente desconocido por tiempo indeterminado, confiando su hijo a los profesionales mientras lejos de sus familiares, y apunta para las necesidades de cuidados de enfermería en este periodo. Se destaca como positiva la búsqueda por lazos y apoyo entre esas puéperas para fortalecer su poder vital.

**Descriptor:** Período Postparto. Cuidados de Enfermería. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Florence Nightingale.

## **1 INTRODUÇÃO**

Quando o puerpério ocorre durante a hospitalização do recém-nascido, a puérpera torna-se acompanhante na Unidade Neonatal enquanto vivencia o processo restaurador do pós parto, necessitando de um cuidado específico. Ao perceber a importância deste momento na vida e saúde da mulher, este estudo o destaca, denominando-o Puerpério de Alto Risco. Ao vivenciá-lo no hospital, a mulher vivencia o puerpério distante de seus familiares, restando para a enfermagem prestar um cuidado em que o ambiente se torne confortável e propício para sua recuperação.

O conceito de Kunzler (2006, p. 120) sobre o Puerpério de Alto

Risco serviu como inspiração para este estudo quando afirma: “uma mulher, mesmo não tendo vivenciado uma gestação de alto risco, pode vir a vivenciar um Puerpério de Alto Risco, caso suas necessidades de cuidado não sejam atendidas”.

No puerpério de alto risco a alta materna é um momento crítico. Segundo Oliveira et al (2013) esta representa uma situação de dor pela separação do filho que ainda precisa permanecer internado, e o sonho de voltar para a casa com o filho idealizado e saudável, é novamente adiado.

Percebe-se que a enfermagem, como parte da equipe de saúde no hospital, vem atuando de forma limitada em suas ações de cuidado direto às puérperas. (CORRÊA et al 2010) O potencial de cuidado intrínseco ao fazer em enfermagem deve ser explorado frente ao puerpério de alto risco, além de desenvolver o conceito de ambiente hospitalar.

O hospital, especificamente a unidade neonatal, é um ambiente propício ao estresse e à ansiedade, a necessidade de humanização do cuidado de enfermagem junto a mães e suas famílias, através de uma comunicação eficaz capaz de gerar um vínculo de confiança (SALIMENA et al, 2012). O profissional de saúde deve se mostrar presente e auxiliar a mulher a encontrar seu lugar em meio a este novo ambiente, facilitando o processo de adaptação (ROCHA et al, 2013).

Para isto desenvolveu-se o referencial teórico de Florence Nightingale, explorando o marco conceitual, que definiu os metaparadigmas de enfermagem, dentre eles o ambiente. É importante ressaltar a preocupação de Nightingale (1989) com o ambiente interno do ser humano, ao relacionar os aspectos externos, presentes no quarto do paciente, e o descuidado da enfermagem diretamente ligados a piora de seu quadro de saúde, impactando em seu poder vital. Assim como refletia no impacto das emoções, desgastes emocionais frente ao estresse da doença e da internação, na recuperação do paciente, devendo a enfermagem atentar-se a estes aspectos. O ambiente no qual a mulher que vivencia o puerpério de alto risco passa a maior parte do tempo é o hospital, acompanhando a internação de seu filho.

O hospital é um ambiente que pode causar estranheza à puérpera de alto risco, torná-lo mais acolhedor deve fazer parte do cuidado da enfermagem. Esse local pode se tornar um ambiente de cuidado quando ela recebe cuidados de enfermagem, podendo influenciar no fortalecimento de seu poder vital, porém, quando a mulher se torna apenas a acompanhante do bebê e é esquecida em suas

necessidades de cuidados, seu poder vital é abalado e seu processo restaurador retardado.

Desta forma, é importante lançar mão de subsídios já recomendados por Florence, buscando a partir da mobilização do ambiente externo influenciar positivamente o ambiente interno da mulher. Pensando na puérpera de alto risco como um ser humano em convalescença, proporcionar um local acolhedor dentro do hospital, em que ela possa descansar e se recuperar ao mesmo tempo em que cuida de seu bebê internado, ocupando sua mente com atividades lúdicas e artesanais, configuram cuidado de enfermagem, auxiliando em seu processo restaurador.

Ao perceber a relação do ambiente hospitalar com o puerpério de alto risco quando esta influencia no processo restaurador em que a mulher está vivenciando, destaca-se a importância da interação entre a enfermagem e a puérpera de alto risco, estabelecendo um ambiente de cuidado que auxilie neste momento delicado da internação neonatal. A partir desta contextualização, este estudo objetiva entender a influência do ambiente hospitalar no puerpério de alto risco.

## **2 REFERENCIAL METODOLÓGICO**

Estudo narrativo com abordagem qualitativa, realizado em uma instituição pública que atende 100% ao Sistema Único de Saúde (SUS), da Região Sul do Brasil, no período de janeiro a março de 2010, derivado de um recorte de uma tese de doutorado em enfermagem.

Foram sujeitos da pesquisa sete puérperas acima de 18 anos que estavam com bebê na Unidade Neonatal, as quais desejaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio da entrevista narrativa, gravadas e, então, transcritas. As questões geradoras foram: “Conte-me a sua história desde o parto até o momento e como se sentiu; Como percebe o cuidado de enfermagem com você?” A coleta de dados encerrou-se por meio da saturação dos mesmos. Para preservação da identidade dos sujeitos, utilizou-se a letra P de puérpera, seguida de números de um a sete.

A entrevista narrativa, aquela que permite contar histórias, foi o método de coleta de dados; seguiu os passos propostos por Jovchelovitch e Bauer (2011, p. 97): "Preparação; Iniciação; Narração Central; Fase de perguntas e Fala Conclusiva".

O tratamento e análise dos dados foram baseadas em Fritz

Schütze (1977), que, além de apresentar a proposta da entrevista narrativa, aponta seis fases para a sistematização dos dados, a qual foi operacionalizada por Jovchelovitch e Bauer (2011) e aplicada por Meincke (2007). São estas: 1ª fase: Transcrição detalhada do material verbal. 2ª fase: Divisão do texto em material indexado (tem referência concreta a "quem fez o quê, quando, onde e por quê") e não-indexado (expressam valores, juízos e toda forma de sabedoria de vida). 3ª fase: Uso dos componentes indexados do texto para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo, ou seja as trajetórias. 4ª fase: As dimensões não-indexadas do texto são investigadas como "análise do conhecimento". 5ª fase: Agrupamento e comparação entre as trajetórias individuais. 6ª fase: Comparação de casos dentro do contexto com a identificação das trajetórias individuais semelhanças são estabelecidas para estabelecimento das trajetórias coletivas (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011).

Em relação aos aspectos éticos, antes do início do estudo foram obtidos o consentimento formal da instituição participante e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob nº 1132/2010.

### **3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

A análise deste manuscrito foi desenvolvida a partir da fase de agrupamento e comparação entre as trajetórias individuais. A comparação de casos vivenciados no contexto do ambiente hospitalar estabelecendo semelhanças derivando assim a trajetória coletiva das puérperas de alto risco.

#### **3.3 AGRUPAMENTO E COMPARAÇÃO ENTRE AS TRAJETÓRIAS INDIVIDUAIS**

Neste momento, o foco são as experiências relatadas individualmente nas narrativas, com o objetivo de agrupá-las e compará-las (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011).

As mulheres deste estudo, ao depararem-se com a internação neonatal, sofreram impacto em suas vidas, mas procuraram enfrentá-lo, apesar das dificuldades relatadas. Lidar com a prematuridade de um filho influenciou as puérperas de alto risco, despertando a preocupação com o futuro. Para P3, observar a expressão de dor na unidade neonatal fez com que tivesse sentimentos negativos:

*No segundo dia dava pra ver que ela estava com*

*expressão de dor, eu sentia que ela estava com dor, eu fiquei bem triste naquele segundo dia, e ela não parava, estava agitada, ela se mexia muito, se debati. [...] aí eu fiquei com medo nesse segundo dia que ela não fosse aguentar [...]. (P3)*

Quando o recém-nascido é separado dos pais causa impacto e dor, principalmente, para a mãe que proveu tanto carinho durante toda a gestação, fazendo com que ela vivenciasse momentos de dificuldades diante da situação de risco do bebê (SÁ; COSTA; SÁ, 2012).

Acompanhar a internação de seu filho recém-nascido e passar longo tempo distante de sua casa e do restante da sua família causam sentimentos conflitantes nas mulheres entrevistadas:

*[...] é bem difícil, é bem estressante, porque a vontade da gente não é de ficar, é de pegar a neném e fugir, ir pra casa.(P2)*

*Daí de imediato a enfermeira já falou pra mim: “ó tem o [alojamento materno], se não tiver vaga a gente vai procurar a mãe canguru ou qualquer outro lugar que dê pra colocar você”, bem tranquilo o que deixa a gente confortável também, meu Deus do céu, eu não deixaria meu filho, mas nem que tivesse que fazer plantão do lado de fora do hospital, dormir sentada nas cadeiras eu dormiria. Isso é uma coisa que conforta a gente eu saber que eu posso ficar o tempo todo pertinho dele sabe, me deixa bem tranqüila sabe. (P1)*

A mulher é forçada a se afastar dos demais membros da família para permanecer no alojamento materno durante a hospitalização do filho e, por isso, experimenta sentimentos ambíguos. Por um lado, decide permanecer no alojamento materno, por outro, anseia voltar para casa e retomar a rotina (DITZ; MOTA; SENA, 2008).

As puerperas de alto risco demonstraram nas narrativas que o cuidado da equipe de enfermagem com o bebê lhes trouxe sentimentos positivos, transformando-se em momentos de cuidado e conforto que fortaleceram seu Poder Vital:

*Meu Deus do céu me deixa bem tranqüila, bem feliz, eu sei que se eu tiver que me ausentar daqui*

*por umas horas eu sei que vai estar bem cuidado. Então me conforta saber que ele está bem. (P1)*

*São tudo bem gente boa, bem atenciosas, cuidam bem dos bebês. Elas ali não têm o que reclamar se tivesse eu reclamava, mas são tudo bem atenciosas cuidam bem das crianças. Tanto na limpeza como na alimentação, bem zelosas. (P2)*

A internação de um filho em uma Unidade Neonatal é uma experiência delicada e desafiadora para as mães e as relações estabelecidas com a equipe de enfermagem influenciam na vivência da mulher junto ao seu bebê (FRELLO; CARRARO, 2012). Percebe-se que a confiança das mães no cuidado prestado pela equipe de enfermagem produz a satisfação em relação ao cuidado com o bebê (SCHMIDT et al., 2010).

A equipe multiprofissional foi destacada nas falas por estar presente nos momentos difíceis, apoiando quando necessitaram:

*A gente teve bastante apoio da psicóloga ela conversava muito, as estagiárias também, sempre estavam no quarto e assim bastante apoio mesmo, até no dia da cesárea eu estava chorando bem preocupada aí a psicóloga falou muito como era uma cesariana porque até o momento não tinha passado por essa experiência, só tinha parto normal e muito medo por causa da pressão. (P4)*

*A psicóloga, a assistente social eu não tinha o remédio da pressão que é comprado ela comprou pra mim, me ajudou muito, muito querida ela também. (P7)*

O apoio multiprofissional é importante em situação de internação neonatal, a fim de proporcionar atenção integral à família (LOPES et al., 2011). No Puerpério de Alto Risco o cuidado de enfermagem é importante, mas é essencial que esteja aliado aos outros profissionais de saúde, ampliando-o às necessidades da mulher.

A convivência com as outras mães passando pela mesma situação que elas, o Puerpério de Alto Risco, é avaliada como positiva nas falas:

*[...] já ser conhecidas das meninas que estava no*



*meu quarto e foi para o [Alojamento materno] também pegou aquela amizade aquele vínculo, uma sempre conversando com a outra, dando força, a rotina de ir lá tirar o leite, as horas passavam mais rapidinho. (P4)*

*Foi bom, foi bem legal pra mim, fiz amizades ali dentro, foi bem legal. (P6)*

A permanência no alojamento materno faz a mulher identificar-se com o sofrimento da outra mãe, uma vez que compartilham a situação de hospitalização de seus filhos no período neonatal. Dessa forma, por conhecerem a dimensão do sofrimento vivido, criam uma rede de solidariedade e amizade, motivadas pelas necessidades e experiências em comum (DITZ; MOTA; SENA, 2008).

Nightingale (1989, p.140) salientava sobre a importância de respeitar os sentimentos dos pacientes, exercendo a observação em enfermagem para possibilitar o melhor desempenho da profissão e resguardá-los de desgastes desnecessários, destacando ainda que suas observações “aplicam-se muito mais às crianças e às mulheres na fase do puerpério”.

As angústias narradas pelas entrevistadas, que, longe do restante da sua família viveram um processo de restauração após o parto, somado ao estresse da internação do seu filho, gerou um quadro desgastante. A partir do cuidado de enfermagem, da equipe multiprofissional e o apoio das outras mulheres em situação semelhante, estas mulheres buscaram fortalecer-se em seu puerpério de alto risco.

### 3.4 COMPARAÇÃO DE CASOS DENTRO DO CONTEXTO HOSPITALAR

As trajetórias individuais são inseridas no contexto e semelhanças são estabelecidas. Nessa fase, ocorre a comparação entre as trajetórias, apontando as trajetórias coletivas (SCHÜTZE, 1977; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2011). Nesse caso, o contexto analisado será o ambiente de cuidado, o hospital em que as entrevistadas conviveram entre si e em sua situação de Puerpério de Alto Risco.

O ambiente no qual a mulher que vivencia o Puerpério de Alto Risco passa a maior parte do tempo é o hospital, ao acompanhar a internação de seu filho. As mulheres entrevistadas compartilharam suas narrativas discorrendo sobre seus sentimentos em relação a esse

momento de suas vidas, desde a relação com a enfermagem, com as puérperas que passavam pela mesma experiência, sobre a condição do bebê e como lidaram com a internação e separação da família; tudo isso contextualizado no hospital, ambiente de cuidado em que vivenciaram esta fase particular de suas vidas.

As mulheres P4 e P5, as quais vivenciaram uma gestação de alto risco e necessitaram ficar internadas antes do parto, demonstraram em suas falas dificuldade em lidar com a distância de suas famílias e estar em um ambiente em que não tinham controle sobre seu futuro e de sua gestação:

*[...] foi bem difícil no início pra mim aqui, eu não tinha expectativa, não sabia de nada, o que vai ser de mim, será que o bebê vai nascer, será que eu vou ficar bem, que uma pressão alta é risco tanto pra mim como para o bebê e medo de eu vir a óbito, o bebê tudo junto, é isso medo mesmo, eu não tinha expectativa nenhuma.(P4)*

*Eu fiquei internada ali (Alojamento Conjunto) 22 dias porque a menina estava sem se mexer, então o médico fez o ultrassom e optou por parar a gestação porque ela não estava ganhando peso e também por ela ter parado de se mexer. Então ele disse para não correr mais risco por causa da minha pressão. No começo assustou um pouco, porque eu não queria, queria que segurasse mais a gestação só que ela não estava ganhando peso. (P5)*

A forma de perceber a internação e evolução do bebê influencia na concepção de ambiente para cada mulher. Para P6, cada melhora no quadro de seu filho é um passo para alta, representada pela transição entre as acomodações hospitalares:

*Sair do quarto onde eu estava internada já foi um passo a frente, aí vim para o [alojamento materno] mais um, aí agora vim aqui pro Canguru mais um passo. (P6)*

Para P5, o ambiente hospitalar é comparado a um confinamento devido ao longo período de internação na gestação, seguido do alojamento materno para acompanhar a internação do bebê na Unidade

Neonatal e, por último, o método Canguru:

*Bate até uma depressão assim, já tem aquela coisa de hospital, ficar vinte e poucos dias internada no alojamento sem sair pra nada e tu ficar confinada de novo assim é complicado, ainda [...] mas dou graças a Deus que está acabando.(P5)*

Enquanto para P7, o ambiente hospitalar se assemelha ao seu lar, para P2, é difícil ficar longe de sua casa:

*[...] é como se estivesse em casa ali no [Alojamento Materno], mais segura.(P7)*

*Foi péssimo, a gente planeja tanta coisa, ter e depois ir pra casa, é bem estressante, fica com dois corações divididos lá em casa e aqui... E aqui a gente não se sente a vontade porque não é a casa da gente... é bem difícil. (P2)*

Na fala de P3, o hospital foi um local importante para orientações sobre a amamentação:

*E eu fiquei 4 dias no [alojamento materno] era mais fácil eu tirava leite, tive dificuldade no começo, mandaram eu tomar água, tomo muita água muito suco e o peito empedrou, doía muito, era difícil mas a [técnica de enfermagem] é muito atenciosa, jeitosa, no segundo dia peguei jeito, aprendi a tirar, estou tirando e guardando no lactário.(P3)*

O ambiente hospitalar, traduzido como o alojamento materno, é identificado nas narrativas de P1 e P7 como um local que provê estrutura alimentar e física necessárias:

*[...] está sendo ótimo o tratamento ali... tem geladeira tem ar condicionado, ontem deu calor o ar condicionado ligado, tem geladeirinha, dá pra trazer umas frutinhas alguma coisa pra colocar na geladeira, tem café da manhã, banho tem toalha tem tudo quer mais o quê? Quer um SPA*

*também ali? Não, pra mim está ótimo...(P1)*

*É muito bom, me tratam muito bem ali. Cafezinho, almoço, café da tarde, tudo muito bom.(P7)*

Cada mulher entrevistada vivenciou a internação do filho na unidade neonatal durante o Puerpério de Alto Risco com nuances particulares, já que se constituem em sujeitos únicos. Porém, ao analisar as narrativas e comparar os casos dentro do contexto do ambiente hospitalar, percebe-se que elas compartilham sentimentos e percepções como temor pela sua saúde e da criança, saudade da família e de sua casa, felicidade em poder estar próxima ao bebê em todos os momentos e com a estrutura hospitalar à sua disposição.

Nightingale (1989) destaca a importância do cuidado com o ambiente externo, arejamento e aquecimento, condições sanitárias, iluminação e limpeza, assim como com o ambiente interno quando discorre sobre o efeito do corpo sobre a mente. Quando o paciente permanece por longos períodos em um mesmo local, sem estímulos variados, podendo ser tomado pela angústia e preocupações; situação conhecida pela puérpera de alto risco, já que permanece longos períodos no hospital, quebrando sua rotina, distante de sua família, além de conviver em um ambiente coletivo, o que lhe faz perder sua privacidade.

A experiência do Puerpério de Alto Risco tem impacto sob as vidas das mulheres, gerando sentimentos antagônicos. Atribuem ao ambiente hospitalar possibilidades de melhora, assim como a incerteza da alta; a evolução do alojamento conjunto, ao materno e ao método Canguru como um progresso, ou como um confinamento que lhe priva do contato com os demais membros de sua família e de retomar sua rotina anterior à gravidez.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Destaca-se que o ambiente de cuidado entendido neste estudo como o ambiente hospitalar em que a puérpera de alto risco vive esta fase, demonstrou-se como um espaço sem cuidado específico para esta mulher. Em suas narrativas, esclareceram que ao receberem alta do alojamento conjunto, perderam seus direitos de cuidados, necessitando buscar a fila do ambulatório para recebê-los. É premente que se compreenda o processo restaurador vivenciado e sua influência no poder vital da puérpera de forma que os cuidados de enfermagem no puerpério de alto risco possam intervir neste ambiente e torná-lo cuidativo.

As narrativas das puérperas de alto risco denotam o desafio em conviver em um ambiente desconhecido, por tempo indeterminado, confiando a vida de seu filho aos profissionais enquanto está longe dos demais familiares. É importante destacar que esta fase da vida da mulher não se limita aos cuidados realizados em sua casa, lembrada pelas avós como resguardo. Quando a puérpera permanece no hospital no pós-parto para acompanhar a internação de seu bebê, necessita de cuidados puerperais prestados por equipe de enfermagem qualificada, dada a situação de alto risco vivenciada e sua suscetibilidade a agravos à sua saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B.B.M.; RODRIGES, B.M.R.D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei 8069/90**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <[http://www.dji.com.br/leis\\_ordinarias/1990-008069-eca/eca007a014.htm](http://www.dji.com.br/leis_ordinarias/1990-008069-eca/eca007a014.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei 8069/90. Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <[http://www.dji.com.br/leis\\_ordinarias/1990-008069-eca/eca007a014.htm](http://www.dji.com.br/leis_ordinarias/1990-008069-eca/eca007a014.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria N° 1.459/GM, 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

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

CORREA, Aurea Christina de Paula et al. Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital

público. **Cienc Cuid Saude** v. 9, n. 4, p. 728-735, 2010.

CRUZ, A.R.M. et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 1, p. 133-139, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a16.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

DITZ, E. S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan./mar. 2008.

ELEUTÉRIO, Filomena da Rocha Ramos et al. O imaginário das mães sobre a vivência no método Mãe Canguru. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 7, n. 4, p. 439-446, 2008.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. bras. enferm**, v. 65, n. 3, p. 514-521, 2012.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto e imagem: um manual prático**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 90-113.

KUNZLER, I. M. **O cuidado às mulheres no puerpério de alto-risco: aplicando o modelo de cuidado de Carraro fundamentado em Florence Nightingale**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LOPES, et al. A vivência do enfermeiro diante da privação materna em unidade de terapia intensiva neonatal. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 1, p. 39-46, jan./mar. 2011.

MEINCKE, Sonia Maria Könzgen. **A construção da paternidade na família do pai adolescente: contribuição para o cuidado de enfermagem**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MELO, Rita de Cássia de Jesus; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira; PAULA, Cristiane Cardoso de. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na Unidade Intensiva: Contribuições para a enfermagem neonatal. **Revista da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 219-226, 2012.

NIGHTINGALE, Florence. **Florence Nightingale to her nurses: A selection from Miss Nightingale's addresses to probationers and nurses of the Nightingale School at St. Thomas Hospital.** London: Macmillan and CO., limited St. Martins's Street, 1914.

\_\_\_\_\_. **Notes on Nursing: What is and What is not.** Philadelphia: JB Lipincott, 1859.

\_\_\_\_\_. **Notes on hospitals.** Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863.

\_\_\_\_\_. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, Kézia de et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em uti neonatal. **Esc Anna Nery**. 17 (1):46-53 jan –mar, 2013.

ROCHA, Silvana Santiago da et al. Percepção da enfermagem em relação às mães no cuidado de recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**. 4(1): 45-48, 2013.

SÁ, Raphael Colares; COSTA, Lêda Maria da Frota Pinheiro; SÁ, Fabiane Elpídio. Vivência materna com filhos prematuros em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, 2 Supl., p. 83-89, abr./jun. 2012.

SALIM, N.; SANTOS JUNIOR, H.; GUALDA, D. Everyday behavioral and physical changes in women during the postpartum period – a qualitative approach. **Online Brazilian Journal of Nursing**, North America, 9, apr. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2785/618>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira et al. A comunicação entre enfermeiros e pais de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 38, n. 1, p. 79-83, jan./mar. 2012

SCHMIDT, Kayna Trombini et al. Avaliação da assistência de enfermagem em unidade neonatal na perspectiva dos pais. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 460-446, 2010.

SCHÜTZE, F. **Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien:** dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Universität Bielefeld, Fakultät für Sociologie, 1977.[Manuskript].

SIQUEIRA, Marly Beserra de Castro; DIAS, Marcos Augusto Bastos. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 1, p. 27-36, 2011.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Voltar o olhar para uma situação específica e delicada como o puerpério de alto risco tornou-se um desafio, já que os cuidados de enfermagem são voltados ao neonato e, em algumas instituições, à puérpera, desde que ela tenha vivenciado uma gestação de alto risco. À mãe do bebê internado na Unidade Neonatal, ficam reservadas as orientações sobre amamentação, que auxiliam na recuperação de seu filho e os cuidados para com ele, a fim de que possam ser continuados em casa. E esta mulher, como está? Como fica com todos esses acontecimentos e sentimentos, frente ao processo restaurador do puerpério?

Tais inquietações tornaram-se propulsoras ao desenvolvimento desta tese, que buscou ouvir as narrativas destas puérperas de alto risco, para compreendê-las em suas necessidades de cuidados. Cada mulher contribuiu com sua trajetória singular, porém, impactante em seus sofrimentos e vitórias.

A realização de duas revisões integrativas ao longo do desenvolvimento desta tese possibilitou ampliar a visão do que está sendo estudado na área de cuidado de enfermagem à puérpera com filho na Unidade Neonatal e sobre Florence Nightingale.

No **artigo 1**, o objetivo foi delinear a relação entre a equipe de enfermagem e as mães com bebês internados em Unidade Neonatal, apresentada em artigos entre 2005 e 2010. A estudar sobre a relação enfermeira-mãe, emergiu a lacuna de conhecimento relacionado ao cuidado de enfermagem à mulher puérpera, o que fortaleceu o desenvolvimento desta tese.

O **artigo 2** teve como objetivo identificar a contribuição de Florence Nightingale em artigos publicados entre os anos de 2004 e 2011, na percepção de seus autores. A revisão integrativa sobre Florence Nightingale permitiu ampliar o olhar sobre a sua vida e escritos, ao perceber as diversas áreas que foram influenciadas e a estudam até os dias atuais, além do reconhecimento mundial de que seus escritos devem ser valorizados e utilizados atualmente entre os enfermeiros.

O referencial teórico de Florence Nightingale embasou toda a construção da tese e desenvolvimento da pesquisa, possibilitando aprofundar e contribuir de forma significativa para a enfermagem frente ao puerpério de alto risco. O acesso às obras de Florence, além do livro *Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*, foi essencial para melhor conhecer as convicções da autora e fortalecer o referencial

teórico, demonstrando que Florence Nightingale é uma teórica e deve ser utilizada como tal, indo para além de uma personagem histórica, possibilitando seu uso em trabalhos acadêmicos e na prática de enfermagem, dada a cientificidade de sua teoria.

A construção do marco conceitual formou o alicerce da tese, definindo e delimitando cada conceito base, aliando o referencial teórico à perspectiva da pesquisadora, permitindo aprofundar os conceitos desenvolvidos por Florence Nightingale. Pode-se, a partir do referencial teórico, desenvolver os conceitos de Processo Restaurador, Poder Vital, Ser Humano, Ambiente de Cuidado, Cuidado de Enfermagem e Puerpério de Alto Risco.

Para embasar a trajetória metodológica, foi utilizada a entrevista narrativa, que permitiu conhecer a trajetória de cada puérpera de alto risco, possibilitando que contassem sua história livremente. A análise das narrativas possibilitou a organização dos dados de forma que a essência das mesmas fosse mantida e que se aprofundassem os conhecimentos sobre o puerpério de alto risco sob a perspectiva das mulheres.

Apresentar os passos da entrevista narrativa e da organização e análise dos dados narrativos em diagramas permitiu visualizar os passos de forma clara, transformando em esquemas do que foi desenvolvido teoricamente, a fim de organizar didaticamente a metodologia utilizada.

A análise de dados foi desenvolvida em um capítulo com a trajetória das entrevistadas seguido de 4 manuscritos para posterior publicação em revistas científicas, como forma de compartilhar o conhecimento produzido. Assim, é importante discorrer sobre a temática desenvolvida em cada manuscrito.

O **manuscrito 1** teve como objetivo conhecer a experiência de ser puérpera de alto risco em ambiente hospitalar. A análise dos dados ocorreu sob a perspectiva da vivência das puérperas de alto risco, buscando-se conhecer suas narrativas frente a esta fase de suas vidas. Os conceitos do ser humano e a puérpera de alto risco, a partir do contexto do ambiente de cuidado – neste caso, o hospital –, foram desenvolvidos a partir das narrativas. Foi possível perceber o impacto da internação neonatal em suas vidas, na permanência no hospital, um ambiente desconhecido e distante de seus lares. A busca de laços e apoio entre as puérperas de alto risco destacou-se como positivo no fortalecimento de seu poder vital.

No **manuscrito 2**, o objetivo foi identificar como as mulheres que vivenciam o puerpério de alto risco percebem o cuidado de enfermagem. Nele o cuidado de enfermagem é narrado pelas mulheres a

partir do entrelaçamento dos conceitos de cuidado de enfermagem e puerpério de alto risco. A necessidade de a enfermagem estar presente e cuidar da mulher são ressaltadas nas narrativas, destacando o puerpério de alto risco como uma possibilidade da atuação da enfermeira em fortalecer o poder vital da puérpera.

O **manuscrito 3** teve por objetivo reconhecer o poder vital expresso nas narrativas da puérpera de alto risco. O conceito de poder vital é destacado nas narrativas, a partir dos sentimentos expostos e seu impacto no contexto do processo restaurador inerente ao puerpério. Destaca-se que o puerpério de alto risco enfraquece o poder vital das mulheres, influenciando no processo restaurador inerente a esta fase.

O **manuscrito 4** teve por objetivo entender a influência do ambiente hospitalar no puerpério de alto risco. Foi possível perceber o impacto da internação neonatal em suas vidas, na permanência no hospital, um ambiente desconhecido e distante de seus lares. Cabe a enfermagem tornar o ambiente hospitalar acolhedor, amenizando o impacto dessa experiência na vida da puérpera de alto risco.

Em cada manuscrito, buscou-se desenvolver os conceitos lançados no marco conceitual, embasados no referencial teórico. Identificar o marco conceitual nas narrativas das puérperas de alto risco permitiu criar um alicerce teórico interligado à teoria de Florence Nightingale, aprofundando os conhecimentos.

Destaca-se que o ambiente de cuidado definido no marco conceitual, e entendido nesta pesquisa como o ambiente hospitalar em que a puérpera de alto risco vive essa fase, demonstrou-se como um ambiente sem cuidado específico para essa mulher. Em suas narrativas, esclareceram que, ao receberem alta do alojamento conjunto, perderam seus direitos de cuidados, necessitando buscar a fila do ambulatório para recebê-los. É premente que se compreenda o processo restaurador vivenciado e sua influência no poder vital da puérpera de forma que os cuidados de enfermagem no puerpério de alto risco possam intervir neste ambiente e torná-lo cuidativo.

Quanto às limitações deste estudo, destaca-se a realização das entrevistas em ambiente hospitalar, o que pode inibir a mulher em expressar todos os seus sentimentos e opiniões por receio de influenciar no cuidado ao seu filho e a ela mesma. Por tratar-se de uma pesquisa focada em um único hospital em estudo, por um lado restringe o olhar a esta situação específica; por outro, indica novas possibilidades de estudos ao ampliar os ambientes de cuidado pesquisados, corroborando ou refutando seus resultados.

O fato do termo puerpério de alto risco estar atualmente atrelado à gestação de alto risco é uma limitação conceitual, pois na perspectiva dos profissionais de saúde, não há cuidado específico para a puérpera que teve uma gestação normal, mas que enfrenta a internação neonatal de seu filho. Assim, esta tese oferece aos profissionais de saúde em geral e de enfermagem especificamente, a ampliação da definição deste conceito para que cuidados sejam implantados em toda instituição de saúde que tenha uma Unidade Neonatal, a partir de acomodações e cuidados de enfermagem voltados a essas mulheres.

Espera-se contribuir assim com a estratégia Rede Cegonha, ao fortalecer sua proposta de cuidado à puérpera de alto risco, através das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, ampliando este benefício às mulheres que têm seu bebê internado em Unidade Neonatal.

Lançar o termo ampliado de puerpério de alto risco, embasado em um referencial teórico da fundadora da enfermagem moderna Florence Nightingale, confere à atuação da enfermagem teor científico, além de destacar a importância e a diferença que podem fazer no processo restaurador vivenciado pela puérpera de alto risco.

Os resultados desta investigação apontam que novas pesquisas se fazem necessárias para a consolidação do termo puerpério de alto risco, assim como para conhecer as perspectivas dos profissionais de enfermagem sobre a convivência com as puérperas de alto risco e as necessidades de cuidado por eles percebidas, buscando criar um plano de cuidados factível e que venha ao encontro das possibilidades dos profissionais.

Desse modo, *conhecer* a experiência de ser puérpera de alto risco no ambiente hospitalar, *identificar* como estas percebem o cuidado de enfermagem, *reconhecer* o poder vital nas narrativas das mesmas e *entender* a influência do ambiente hospitalar no puerpério de alto risco, possibilitou atingir o objetivo desta investigação, qual seja: *compreender como as mulheres percebem a vivência o puerpério de alto risco.*

Pode-se afirmar, então, que os resultados aqui apresentados culminam com a confirmação da tese proposta: as mulheres que vivenciam o puerpério de alto risco passam por um processo restaurador que influencia seu poder vital e necessitam de cuidados de enfermagem no ambiente hospitalar.

## REFERÊNCIAS

- AMARO CANO, María del Carmen. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. **Rev Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana, v. 20, n. 3, dez. 2004
- ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 284-292, 2010.
- ARAÚJO, B.B.M.; RODRIGES, B.M.R.D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010.
- ATTEWELL, Alex. Florence Nightingale. **PROSPECTS: The quarterly Review of Comparative Education**, v. 18, n. 1, p. 153-166, 1998.
- BASSI, Mery Aidar. **Florence Nightingale: A dama da Lâmpada**. São Paulo: Fundação Escola de Enfermagem R.W. Johnson, 1999. 141 p.
- BECERRIL, L.C. et al. **Cuidado Profissional de Enfermería**. México: FEMAFEE: 2010.
- BERNARDI, Mariely Carmelina. **Poder vital de puérperas no domicílio: a enfermeira utilizando o modelo de cuidado de Carraro**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- BORCK, Marcia E.; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos. Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 263-269, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria N°**

**1.459/GM, 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prtico para implementação da Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

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

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 196/96.** Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>> .Acesso em: 09 set. 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 756 de 16 de dezembro de 2004.** Dispõe sobre as diretrizes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.... Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port%20%20756%20.pdf>> . Acesso em: 09 set. 2012.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de saúde. Comissão Nacional de ética em pesquisa.** Brasil: 2012. Disponível:<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>  
Acesso: 15 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Lei 8069/90.** Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <[http://www.dji.com.br/leis\\_ordinarias/1990-008069-eca/eca007a014.htm](http://www.dji.com.br/leis_ordinarias/1990-008069-eca/eca007a014.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A humanização da Atenção à Saúde no Hospital Sofia Feldman Belo Horizonte MG.** 2006. 21pag. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sofia\\_02-10.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sofia_02-10.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2013.

BROCKMEIER, Jens; HARRE, Rom. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, 2003.

BROWN, P. **Florence Nightingale**. São Paulo: Globo, 1993.

CAMPOS, Antonio do Carmo Soares. Recém-nascido na unidade de internação neonatal: o olhar da mãe. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 52-59, jan./mar. 2008.

CARRARO, T.E. **Desafio secular mortes maternas por infecções puerperais**. Pelotas: Universitária, 1999.

\_\_\_\_\_. Editorial. **Revista Enfermagem Atual**, ano 9, n. 49, p. 4, 2009.

\_\_\_\_\_. **Mortes maternas por infecções puerperais**: os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

\_\_\_\_\_. **Resgatando Florence Nightingale**: A trajetória da Enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis – SC.

CARVALHEIRA, Ana Paula Pinho; TONETE, Vera Lúcia Pamplona; DE LIMA PARADA, Cristina Maria Garcia. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1187-1794, 2010.

CARVALHO, Ana Luiza Santos de et al. Sentimentos de puérperas com bebês hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 8, n. 1, p. 26-31, 2007.

COHEN, I. B. Florence Nightingale. **Scientific American**, v. 250, n. 3, p. 128-137, 1984.

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS). **Pautas éticas internacionales para**

**la investigación biomédica en seres humanos.** 2002. Disponível em: <[http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas\\_eticas\\_internacionales.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm)>. Acesso em: 5 nov. 2010.

CORBANI, Nilza Maria de Souza; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela; MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 349-354, 2009.

CORREA, Aurea Christina de Paula et al. Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público. **Cienc Cuid Saude** v. 9, n. 4, p. 728-735, 2010.

COSTA, Roberta et al. Florence Nightingale (1829-1910): As bases da enfermagem moderna no mundo. In: PADILHA, Maria Itayra; BORENSTEIN, Miriam Süsskind Borenstein; SANTOS, Iraci dos. **Enfermagem: história de uma profissão.** São Paulo: Difusão, 2011. p.183-217.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Trad. Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Estomas em neonatologia: um resgate da memória materna. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 6, p. 1306-1312, 2012.

CRUZ, A.R.M. et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 1, p. 133-139, 2010.

DITZ, E. S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan./mar. 2008.

DOSSEY, B.M. Florence Nightingale: her crimean fever and chronic illness. **J Holist Nurs.**, v. 28, n. 1, p. 38-53, 2010. Disponível em: <<http://jhn.sagepub.com/content/28/1/38.abstract>>. Acesso em: 02 mai. 2012.



ELEUTÉRIO, Filomena da Rocha Ramos et al. O imaginário das mães sobre a vivência no método Mãe Canguru. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 7, n. 4, p. 439-446, 2008.

FARIAS, L. M. et al. Enfermagem e cuidado humanístico às mães diante do óbito neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 2, p. 365-374, 2012.

FRAGA, Iara Teresinha Gama; PEDRO, Eva Néri Rubim. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 89-97, 2004.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enferm**, v. 65, n. 3, p. 514-521, 2012.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. **Rev Nurs Health**. 10(1): 1-11, 1987.

GILL, C.J.; GILL, G.C. Nightingale in scutari: her legacy reexamined. **Clin Infect Diseases**, v. 40, n. 12, p. 1799-1805, 2005. Disponível em: <<http://connection.ebscohost.com/c/articles/17113743/nightingale-scutari-her-legacy-reexamined>>. Disponível em: 02 mai. 2012.

GLASS, N. Florence Nightingale: casting light on a disputed reputation. **The Lancet**, v. 359, 2002. Disponível em: [http://www.thelancet.it/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08100-X/fulltext](http://www.thelancet.it/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08100-X/fulltext)>. Acesso em: 01 jun. 2012.

GREENHAIGH, T.; HURWITZ, B. Why study narrative?. **Western Journal of Medicine**, v. 170, n. 6, p. 367, 1999.

GROSSMAN, Eloisa E CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 6-14, jan/abr. 2006.

GRÜDTNER, Dalva Irany et al. O amor no cuidado de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 2, p. 317-321, abr.-jun. 2010.

GUILLEMIN, M.; HEGGEN, K. Marilys Guillemín and Kristin Heggen The Narrative Approach as a Learning Strategy in the Formation of Novice Researchers. **Qual Health Res May**, v. 22, p. 700-707, 2012.

ISEHARD, Ana Rosa Müller et al. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 116-122. 2009.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto e imagem: um manual prático**. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 90-113.

KALINOWSKI, L. et al. Beliefs and popular practice during postpartum period: integrated review of nursing productions. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n.3, 2011. Disponível em? <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3140>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

KUNZLER, I. M. **O cuidado às mulheres no puerpério de alto-risco: aplicando o modelo de cuidado de Carraro fundamentado em Florence Nightingale**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LOPES, Fabiana Nascimento et al. A vivência do enfermeiro diante da privação materna em unidade de terapia intensiva neonatal. **HU Revista**, v. 37, n. 1, p. 39-46, 2011.

MARTINS, Lissandra; OLIVEIRA, Edineuza Alves de. Percepções da mãe diante dos cuidados de saúde oferecidos ao binômio mãe/recém-nascido na internação neonatal. **Comun. ciênc. saúde**, v. 21, n. 2, p. 107-116, 2010.

MEINCKE, S. M. K.; CARRARO, T. E. Vivência da paternidade na adolescência: sentimentos expressos pela família do pai adolescente. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 83-91. 2009.

MEINCKE, Sonia Maria Könzgen. **A construção da paternidade na família do pai adolescente: contribuição para o cuidado de**

enfermagem. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MELO, Rita de Cássia de Jesus; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira; PAULA, Cristiane Cardoso de. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na Unidade Intensiva: Contribuições para a enfermagem neonatal. **Revista da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 219-226. 2012.

MICHAELIS. **Dicionário escolar da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2008.

MITTAG, Barbara Franco; WALL, Marilene Loewen. Pais com filhos internados na ITU neonatal – sentimentos e percepções. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.6, n.2, p.134-145, mai./ago. 2004.

MONTEIRO, M.C. Figuras errantes na Época Vitoriana: A preceptora, a prostituta e a louca. **Fragmentos**, v. 8, n. 1, p. 61-71, jul-dez. 1998. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/fragmentos/article/viewFile/6038/5608>>. Acesso em: 15 out. 2010.

NELSON, S.; RAFFERTY, A. M. **Notes on Nightingale**: the influence and legacy of a nursing icon. New York: Cornell University, 2010.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. **Qual Saf Health Care**, v. 12, p. 317, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743730/>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

NIGHTINGALE, Florence. **Notes on Nursing**: What is and What is not. Philadelphia:JB Lipincott, 1859.

\_\_\_\_\_. **Notes on Nursing for the labouring Classes**. Philadelphia:JB Lipincott, 1861.

\_\_\_\_\_. **Sanitary Statistics of Native Colonial Schools and Hospitals**. London: Riverside Press, 1863a.

\_\_\_\_\_. **Notes on hospitals.** Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863b.

\_\_\_\_\_. Introductory notes on lying-in institutions, together with a proposal for organising an institution for training midwives and midwifery nurses. **Nature**, v. 5, n. 106, p. 22, 1871.

\_\_\_\_\_. **Una and the lion.** Cambridge: Riverside Press, 1873.

\_\_\_\_\_. **Letters to nurses from Florence Nightingale:** June, 1897 and February, 1868. Cambridge: Riverside Press, 1913.

\_\_\_\_\_. **Florence Nightingale to her nurses:** A selection from Miss Nightingale's addresses to probationers and nurses of the Nightingale School at St. Thomas Hospital. London: Macmillan and CO., limited St. Martins's Street, 1914.

\_\_\_\_\_. **Notas sobre enfermagem:** o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, Juliana Fechine Braz de; QUIRINO, Glauberto da Silva; RODRIGUES, Dafne Paiva. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 1, 74-84, 2012.

OLIVEIRA, M. E. Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/719/779>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

OROSCO, J. L. E. El Museo Florence Nightingale. **Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina**, v. 11, n. 1-2, 2005. Disponível em: <<http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnabhm20051112.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008.

PERLIN, D. A.; OLIVEIRA, S. M.; GOMES, G. C. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 458-464, 2011.

PINHEIRO, Ana Lúcia Uberti et al. Humanização no cuidado hospitalar: percepção de familiares acompanhantes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 204-213, 2011.

RIESSMAN, C.K. Strategic uses of narrative in the presentation of self and illness: a research note. **Soc Sci Med.**, v. 30, n. 11, p. 1195-1200, 1990.

RODRIGUES, D.P.; SILVA, R.M. da; FERNANDES, A.F.C. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**, v. 14, n. 2, p. 232-238, 2006.

ROGERS, W.; BALLANTYNE, A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. In: DINIZ, D.; SUGAI, A.; GUILHEM, D.; SQUINCA, F. (orgs.). **Ética em pesquisa: temas globais**. Brasília: LetrasLivres/ UnB, 2008. p.123-151.

SÁ, Raphael Colares; COSTA, Lêda Maria da Frota Pinheiro; SÁ, Fabiane Elpídio. Vivência materna com filhos prematuros em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, 2 Supl., p. 83-89, abr./jun. 2012.

SALIM, N.; SANTOS JUNIOR, H.; GUALDA, D. Everyday behavioral and physical changes in women during the postpartum period – a qualitative approach. **Online Brazilian Journal of Nursing**, North America, 9, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2785/618>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

SANTOS, E.K.A. Puerpério normal. In: OLIVEIRA, M.E.; MONTICELLI, M.; BRUGGEMANN, O. **Enfermagem obstétrica e neonatológica: Textos Fundamentais**. Florianópolis:UFSC/CCS, 2002.

SCHMIDT, Kayna Trombini et al. Avaliação da assistência de enfermagem em unidade neonatal na perspectiva dos pais. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 460-446, 2010.

\_\_\_\_\_. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 73-81, 2012.

SCHÜTZE, F. **Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien**: dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Universität Bielefeld, Facultad für Sociologie, 1977.[Manuskript].

\_\_\_\_\_. Narrative Repraesentattion kollektiver schicksalsbetroffenheit. In: E LAEMMERT (ed.) **Erzaehlforschung**. Stuttgart: J.B. METZLER, 1983. p. 568-90.

SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. La narrativa en Investigación en Enfermería. In: PRADO, M.L.; SOUZA, M.L.; CARRARO, T.E. **Investigación cualitativa em enfermería**: contexto y bases conceptuales. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 2008. p. 195-212.

SIQUEIRA, Marly Beserra de Castro; DIAS, Marcos Augusto Bastos. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 1, p. 27-36, 2011.

SNODGRASS, M. E. **Historical Encyclopedia of Nursing**. London: ABC-Clio, 1999.

SOUZA, K.V.; TESIN, R.R.; ALVES, V.H. Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 5, p. 608-613, 2010.

SOUZA, Kleyde Ventura de et al. Consulta puerperal: demandas das mulheres sob a perspectiva da enfermeira-estudo exploratório. **Online braz. j. nurs.**, v. 11, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3730>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

STANLEY, D. Lights in the shadows: Florence Nightingale and others who made their mark. **Contemp Nurse**, v. 24, n. 1m, p. 45-51, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17348782>>. Acesso em: 02 mai. 2012.

TORRES, G. Florence Nightingale. In: GEORGE, J. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

TRONCHIN, Dayse Maria Rizatto; TSUNECHIRO, Maria Alice. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 1, p. 49-54, 2005.

VÉRAS, R. M.; VIEIRA, J. M.; MORAIS, F. R. A Maternidade Prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 325-332, 2010.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, Aug. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 nov. 2010.

WALL, Marilene Loewen. **Metodologia da assistência**: um elo entre a enfermagem e a mulher mãe. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

ZAMPIERI, M.F.M. Puerpério normal, Patológico e Consulta Puerperal. In: ZAMPIERI, M.F.M. et al. **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher**. Florianópolis:UFSC/NFR, 2005.





## APÊNDICES



## APÊNDICE A – Artigo publicado referente a Revisão de Literatura desta tese

REVISÃO



### Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

*Nursing and the relationship with the mothers of newborns in the Neonatal Intensive Care Unit*  
*Enfermería y las relaciones con las madres de recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*

Ariane Thaise Frello<sup>1</sup>, Telma Elisa Carraro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutoranda), Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando, Florianópolis-SC, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando, Florianópolis-SC, Brasil.

Submissão: 02-06-2011 Aprovação: 10-08-2012

#### RESUMO

As relações estabelecidas com a enfermagem frente à experiência do nascimento prematuro de um filho influencia a vivência da mulher. O objetivo deste estudo foi delinear a relação entre a equipe de enfermagem e as mães com bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, apresentada em artigos publicados entre 2005 e 2010. Foram utilizadas as bases de dados CINAHL, MEDLINE e LILACS, com estudos publicados entre 2005 e 2010 com os descritores: Neonatal Nursing, Premature, Mothers and Nursing Care, totalizando 21 artigos organizados nas categorias: Fases Enfrentadas pelos Pais durante a Estadia do Bebê na UTIN; Relação entre Enfermeira e Mãe; Suporte da Enfermagem; Descuidado na Relação entre Enfermeira e Mãe e Ações de Educação em Saúde. Os estudos apontam a necessidade das mães por suporte o que inclui apoio emocional, envolvimento nos cuidados ao bebê, disponibilidade para estar e conversar.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Neonatal; Mães; Relações Interpessoais.

#### ABSTRACT

The relationships with the nursing experience of premature birth of a child, influences the experience of women. The aim of this study is to delineate the relationship between nursing staff and mothers with babies admitted to the Neonatal Intensive Care Unit presented in articles published between 2005 and 2010. We used the databases CINAHL, MEDLINE and LILACS for studies published between 2005 and 2010 with the following keywords: Neonatal Nursing, Premature, Mothers and Nursing Care, a total of 21 articles organized into categories: Phases Faced by Parents during the stay in the Baby NICU; Relationship between Nurse and Mother; Support of Nursing; Careless on the Relationship Between Mother and Nurse Education and Action in Health Studies point to the need of mothers for support that includes emotional support, involvement in caring for the baby, ready to come and talk.

**Key words:** Nursing Care; Neonatal Nursing; Mothers; Interpersonal Relations.

#### RESUMEN

Las relaciones con la experiencia de enfermería de un parto prematuro de un niño, influye en la experiencia de las mujeres. El objetivo de este estudio es delinear la relación entre el personal de enfermería y las madres con los bebés ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales presentado en los artículos publicados entre 2005 y 2010. Se utilizaron las bases de datos CINAHL, MEDLINE y LILACS para estudios publicados entre 2005 y 2010 con los siguientes palabras: Enfermería neonatal, prematuros Madres, y de Atención de Enfermería, un total de 21 artículos organizados en categorías: Fases que enfrentan los padres durante la estancia en el bebé UCIN, relación entre la enfermera y la madre, el apoyo de enfermería; descuidado en la relación entre la madre y la formación de enfermería y la acción en Salud punto de Estudios sobre la necesidad de las madres de apoyo que incluye apoyo emocional, la participación en el cuidado del bebé, listo para entrar y hablar.

**Palabras clave:** Atención de Enfermería; Enfermería Neonatal; Madres; Relaciones Interpersonales.

AUTOR CORRESPONDENTE Ariane Thaise Frello E-mail: ariane-thaise@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A internação de um filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é uma experiência delicada e desafiadora para as mães e suas famílias. As relações estabelecidas com a equipe de saúde, especificamente a enfermagem que permanece todo o tempo junto do neonato, influencia na vivência da mulher junto ao seu bebê fato que destaca a importância de se refletir sobre as relações interpessoais em uma UTIN.

A internação é um evento para o qual a mãe não estava preparada e que envolve desde o momento do encontro com o bebê em um ambiente desconhecido, bem como o presenciar condutas terapêuticas e procedimentos dolorosos até poderem participar dos cuidados e sentirem-se essencialmente mães<sup>1</sup>.

A experiência da prematuridade para as famílias coloca seus integrantes diante de limitações, impedimentos e situações que muitas vezes fragilizam a rotina da família, que modifica valores diante da vida. Aquilo que estava organizado é modificado abruptamente com o nascimento prematuro do filho e sua hospitalização em uma UTIN<sup>2</sup>.

Frete a essa fase delicada enfrentada pelas mães e sua família, a equipe de enfermagem se torna imprescindível no momento de facilitar a aproximação da mãe com seu filho<sup>3</sup>. O foco dos cuidados de enfermagem neonatal é o bebê prematuro e sua evolução, porém a partir do momento que se introduzem ações que envolvem e "dependem da mãe para promover o bem estar e a saúde do bebê, tais como a amamentação, as visitas, o contato pele a pele" se torna imprescindível conhecer os sentimentos, necessidades e crenças da mãe para que a enfermagem possa planejar orientações e intervenções adequadas para cada mulher que está envolvida nos cuidados com seu filho<sup>4</sup>.

Percebendo a importância da interação entre a Enfermagem e a mulher puérpera durante a internação de seu filho em unidade de terapia intensiva, delineou-se o objetivo deste manuscrito: Definir a relação entre a equipe de enfermagem e as mães com bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal apresentada em artigos publicados entre 2005 e 2010.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, para a identificação de artigos sobre o tema: relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e as mães com bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, entre 2005 e 2010. Adotou-se a revisão integrativa da literatura<sup>5</sup>, que propõe o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado. Para tanto, foram adotadas as seis etapas indicadas para constituição da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de

tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados; e 6) reportar de forma clara a evidência encontrada<sup>6</sup>.

Para guiar a revisão utilizou-se a questão de pesquisa: Qual a relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e as mães com bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?

Para a seleção dos artigos foram utilizadas as bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Medical Literature and Retrieval System on Line* (MEDLINE) e *Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde* (LILACS), com a identificação e seleção dos estudos no mês de setembro de 2010, sendo acessada através do link disponibilizado pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina (BU/UFSC)<sup>6</sup>. Os Descritores cadastrados no *Medical Subject Headings* (MESH) utilizados foram: Neonatal Nursing, Premature, Mothers and Nursing Care.

Foram critérios de exclusão: editoriais; cartas; artigos de opinião; comentários; resumos de anais; ensaios; publicações duplicadas; teses; dissertações; TCC; boletins epidemiológicos; relatórios de gestão; documentos oficiais de programas nacionais e internacionais; livros; materiais publicados em outros idiomas que não seja inglês, espanhol, português; e, estudos que não contemplam os critérios de inclusão mencionados.

A busca resultou em um total de 412 referências potenciais. Procedeu-se então à leitura dos títulos e resumos a fim de conferir com os critérios de inclusão e exclusão. Após esta primeira seleção, restaram 37 artigos, os quais foram lidos na íntegra destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, totalizando 21 artigos selecionados para a análise.

A organização dos dados foi realizada a partir da identificação da localização do artigo, ano e periódico de publicação, autoria, objetivo, resultados principais, utilizando um instrumento elaborado especificamente para este estudo com base nas questões da pesquisa. Após esta etapa ocorreu a análise dos artigos, cujos resultados foram sintetizados por similaridade de conteúdo, emergindo as categorias: Fases Enfrentadas pelos Pais durante a Estadia do Bebê na UTIN; Relação entre Enfermeira e Mãe; Suporte da Enfermagem; Descuidado na Relação entre Enfermeira e Mãe e Ações de Educação em Saúde.

## RESULTADOS

Constatou-se que 76% (16) eram provenientes de publicações estrangeiras e 24% (5) nacionais. Em relação aos anos de publicação dos artigos, compreendidos entre 2005 e 2010 observou-se dois artigos em 2005, quatro em 2006, dois em 2007, cinco em 2008, cinco em 2009 e três em 2010.

### Fases enfrentadas pelos pais durante a estadia do bebê na UTIN

Alguns artigos pesquisados apresentavam fases enfrentadas pelos pais durante a estadia do bebê na UTIN que são descritas a seguir:

**Fase Aguda:** A fase aguda ou crítica inicia no momento da admissão e persiste ao longo dos dias que a procedem, com duração indeterminada. Durante a gravidez, a relação entre a mulher e seu filho se desenvolve. Ela se prepara para a maternidade e imagina como o primeiro encontro com seu filho deve ser. Quando seu filho necessita de cuidados extras em uma UTIN, a nova mãe se encontra em uma situação para a qual está despreparada. Nesta fase os pais se veem como expectadores dos cuidados ao seu filho e muitos sentimentos os permeiam: angústia, ansiedade, depressão, choque, medo preocupação, infelicidade, sofrimento e sentimentos de impotência, desesperança, instabilidade emocional, culpa e insegurança. Neste momento a mãe quer saber cada detalhe sobre seu filho, porém por estar tão sobrecarregada com a situação pode não saber como pedir informações à equipe de saúde. Desta forma, a interação e comunicação entre o cuidador e a família são importantes para compreender o que está acontecendo com seu filho. Apesar de tantos sentimentos confusos e negativos, os pais não se sentem excluídos quando são informados e incentivados a ter contato físico com o seu bebê e saber que ele está sendo cuidado por profissionais é uma questão importante para eles. A fase aguda exige muito da equipe e da mãe e é nesse momento que ocorre o início da construção de uma relação de confiança<sup>7,10</sup>.

**Fase de estabilização:** Durante a fase de estabilização, a adaptação dos pais à vida de seu filho na UTIN e ao seu novo papel parental é essencial. Os pais deixam de ser observadores passivos para serem ativos participantes. Eles precisavam de diferentes tipos de informação em diferentes fases de sua hospitalização infantil. Quando os pais são informados de forma contínua e consistente sobre condição de seus filhos, tornam-se mais propensos a serem parceiros ativos no cuidado de seu bebê. Para capacitar os pais, enfermeiros atuam como modelo e gradualmente confiam a eles maior responsabilidade na sua interação com a criança. Enfermeiros precisam se sentir confiantes ao colocar o bebê nas mãos dos pais, enquanto os pais sentem necessidade da confirmação dos enfermeiros sobre sua capacidade de cuidar do bebê. Seu foco de preocupação modifica ao longo do tempo a partir da sobrevivência infantil desde o tratamento, cuidados na UTIN e à informação relativa ao cuidado com o bebê em casa<sup>7,10</sup>.

**Fase da Alta:** Apesar do desejo dos pais de voltar para casa, a fase de preparação para a alta é caracterizada pela alegria misturada com o medo. Sair de perto dos profissionais e do ambiente seguro da UTIN pode ser um desafio. Os enfermeiros apoiam estreitamente os pais preparando-os para a alta e apesar de muita emoção e insegurança, os pais experimentam esta fase como uma experiência positiva<sup>7</sup>.

#### **Relação entre a enfermeira e a mãe**

Durante este período estressante quando os pais investem muito tempo na unidade, uma relação próxima das enfermeiras significa muito. Da mesma forma, enfermeiras experenciam esta intimidade como crucial para criar uma relação de confiança<sup>7</sup>. Pontos importantes na relação interpessoal entre enfermeira-mãe-RN são a presença autêntica, a escuta atenta, o estar com a mãe, o diálogo e a educação em saúde. A

enfermeira pode buscar por opções no seu cotidiano e utilizar a educação para oferecer suporte e favorecer a relação acreditando que "o conhecimento de ambos é valorizado, proporcionando uma oportunidade para trocas, os dois nutridos e fortalecidos"<sup>11</sup>.

Quando existe a informação contínua, desenvolve-se a confiança nos cuidadores. Seus conhecimentos e tratamento, bem como a afirmação do papel de mãe são de grande importância. Uma das falas na pesquisa apresentada neste artigo indicou alívio da mulher ao ser liberada da responsabilidade de cuidar de seu filho ao se sentir sem energias e com dor, ao perceber isso os cuidadores encaminharam a mãe até o quarto para descansar. A relação de confiança incluiu um sentimento de ser compreendida e tratada como uma pessoa única, com necessidades específicas<sup>9</sup>. A partir da confiança com os profissionais é que as mulheres superam os medos em relação a unidade de terapia intensiva e ao bebê, pois ao adquirirem confiança na enfermagem sentem-se mais tranquilas e a ajuda que esperam da equipe é o saber ouvir, falar e cuidar, o que supera as habilidades já adquiridas dos profissionais em relação aos avanços tecnológicos<sup>12</sup>.

Contudo, a equipe de enfermagem percebe os aspectos desafiadores e a demanda em estar tão próxima. Assim que o estado do bebê estabiliza e o envolvimento dos pais aumenta, as enfermeiras adotam uma posição mais distante, gradualmente confiando aos pais maior liberdade nos cuidados. A consequência do seu distanciamento é que outras enfermeiras passam a cuidar do bebê e se relacionar com a família. Enfermeiras desconhecidas e instruções divergentes confundem os pais e os tornam menos confiantes, enquanto uma relação continuada com sua enfermeira parece fortalecer a confiança dos pais em assumir a responsabilidade por seus bebês. Apesar da relação pais e enfermeira na UTIN ter um tempo limitado, é raro encontrar escritos que descrevam como encerrar esta relação. Enfermeiras necessitam conhecer as emoções envolvidas no processo de alta e o que fazer durante a hospitalização para facilitar o término da relação pais/enfermeira<sup>7</sup>.

#### **Suporte da Enfermagem**

A enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal possui além das responsabilidades com o neonato, compromisso junto aos pais, em especial as mães, e muitas atividades são elencadas nos estudos como fundamentais para serem desenvolvidas junto à família durante a internação do bebê dentre elas: acompanhá-los nas primeiras visitas a UTIN, informar sobre as condições do bebê, responder as questões e dar suporte emocional na forma de empatia e compreensão, encorajar a visita e o toque, envolver nos cuidados, informar acerca dos procedimentos e tratamentos realizados<sup>8,9,13-16</sup>.

As mães, ao verem seu filho em uma unidade de terapia intensiva neonatal, experimentam sentimentos de culpa, desapontamento e ansiedade, e necessitam de apoio emocional durante esse momento delicado. Compreender a experiência vivenciada pela mãe, conversando de forma empática e amorosa procurando orientar sobre os cuidados do neonato são simples ações que humanizam o relacionamento enfermeira-família. É importante considerar que muitas mães se



encontram distantes de suas casas, famílias e demais filhos e necessitam de uma rede de apoio durante o momento da internação. A partir do estabelecimento de uma relação interpessoal pautada na comunicação efetiva, na conversa, acolhimento e carinho as mães sentem-se mais confiantes e tranquilas<sup>10,19</sup>.

O encontro entre a mãe e seu bebê é emocionante e significativo, o papel da enfermeira neste momento é de consolar, fornecer informações continuamente e repetidamente se necessário para instruir a mãe sobre o quadro de saúde e o que ela pode fazer para ajudar. Logo, deve compreender seu papel de mãe e que ela é a pessoa mais importante na vida do bebê e, para ajudar no processo de apego entre mãe e filho é importante que os enfermeiros encorajem esta interação. Para tanto, pode lançar mão de algumas estratégias, dentre elas o método mãe canguuru, aleitamento materno e a participação nos cuidados de rotina com seu bebê através de uma interação mãe-enfermeira que priorize o apoio psicossocial e comunicação eficaz<sup>216,181</sup>.

Para que a mãe e a família auxiliem de forma efetiva nos cuidados um dos artigos traz o termo de participação orientada em que a enfermeira explica e supervisiona a fim de que com o tempo, a mãe possa assumir as funções gradualmente assim como o desenvolvimento do bebê prematuro. Percebe-se que "participação orientada é mais do que dizer, ensinar e responder as perguntas, é trazer a mãe para a práxis necessária para alcançar as metas socialmente significativas como uma mãe"<sup>114</sup>.

É imprescindível que a equipe da UTIN acolha e realize uma comunicação efetiva, terapêutica com os pais, evitando o uso de termos técnicos que se distanciam da realidade materna e faz com que os profissionais sejam vistos como detentores do saber. Neste ponto a enfermagem tem papel importante ao verificar se as informações repassadas pelos médicos foram compreendidas pelos pais, já que muitas vezes estão em estado de choque e não conseguem processar grande quantidade de dados acerca da condição de saúde de seu bebê. A enfermeira pode complementar e solucionar as dúvidas utilizando linguagem próxima da realidade da família. Os pais valorizam quando as informações são repassadas de forma simples e transparente a fim de que compreendam o está sendo planejado e realizado para seu filho. Enfatiza-se que é necessário uma nova abordagem no atendimento neonatal, em que sejam contemplados além dos aspectos fisiológicos do prematuro, fatores emocionais que envolvem os pais ajudando-os nos momentos das dificuldades frente a situação de internação do recém-nascido, pois quanto maior o suporte oferecido aos pais, mais satisfeitos eles estarão com o cuidado de enfermagem<sup>10,14,17,19</sup>.

Um estudo revelou que os pais de bebês internados em UTIN percebiam baixo nível de estresse por parte dos enfermeiros, enquanto avaliaram como alto o nível de apoio dos mesmos junto da família. Esses dados destacam o papel crucial da enfermagem ao apoiar os pais e a importância do relacionamento estabelecido a fim de aliviar seu estresse<sup>209</sup>. É importante que a equipe perceba os pais como parceiros durante a internação do bebê na UTIN para que trabalhem juntos em prol da recuperação, ajudando-os a estabelecer uma relação

amorosa com seu filho. Desta forma, é importante que os enfermeiros compreendam a importância do seu papel junto à família, buscando sempre desenvolver relações terapêuticas através da conversa, de informações claras e prover intérpretes quando os pais não compreendem a língua utilizada para que possam obter as informações de que necessitam. O apoio emocional é valorizado pelos pais a partir da comunicação efetiva ao compreender seus sentimentos e saber que estão conseguindo cuidar de seu filho. Estas ações possibilitarão a diminuição do estresse, ansiedade, tensão e tristeza da mesma forma que conversar com a mãe acerca dos seus sentimentos e facilitar sua aproximação junto ao seu filho trará benefícios neste momento<sup>16,16,20</sup>.

É fundamental o apoio da Enfermagem ao envolver os pais nos cuidados e no processo de tomada de decisões a respeito do seu bebê mesmo quando se refere a momentos delicados como a decisão pelo fim da vida, a manutenção dos cuidados paliativos e no processo do luto. Prover informações precisas sobre os cuidados e tratamento faz com que se estabeleça uma relação de confiança, que é baseada na boa comunicação e na certeza de que o prestador de cuidados de saúde realmente se preocupa com seu filho<sup>217</sup>.

Na Enfermagem a comunicação é indispensável, pois a compreensão de mensagens emitidas pode fazer grande diferença quando se procura estabelecer relação terapêutica. Identificar as necessidades dos pais na UTIN permite incorporá-las no plano de cuidados e melhorar a comunicação com a enfermagem. Por exemplo, a Enfermagem pode dar mais apoio durante as primeiras semanas de internação ao compreender que é um momento mais delicado. Assim, o cuidado centrado na família permite que se estabeleça um cuidado individualizado, fazendo com que mãe e pai se sintam mais seguros, diminuindo a ansiedade ao estabelecer uma relação terapêutica com a equipe de enfermagem<sup>115,227</sup>.

#### Descuidado na relação entre enfermeira e mãe

Nos artigos pesquisados percebeu-se que a palavra UTI causa um impacto, que pelo desconhecimento da função da mesma, as pessoas entendem como sendo esta um lugar em que se vai para morrer. Assim, a internação do neonato provoca "situações de angústias na família, principalmente na mãe, com sentimentos de desapontamento, incapacidade, culpa e medo da perda, da situação vivenciada, que prejudicam a relação interpessoal"<sup>115</sup>. Espera-se da enfermeira neonatal competência e disponibilidade para envolver mães e pais o mais cedo possível no cuidado de seu bebê e estar aberta para o desenvolvimento de um relacionamento baseado em confiança. Uma pesquisa demonstrou pelas falas das mães que consideravam as enfermeiras inteligentes, agradáveis e gentis, úteis e de apoio, mas também como ignorantes, mandonas e ocupadas, com pouca atenção para as necessidades das novas mães. Assim, pode-se afirmar que existe uma falha de comunicação entre as mães e equipe de saúde, de certa forma devido ao cotidiano intenso e estressante da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, porém esta não deve ser uma desculpa para que não se melhore a relação e interação neste momento<sup>16,179</sup>.

Frello AI, Carraro TE.

Em uma UTIN a carga de trabalho é estressante e de alta complexidade, exigindo muito dos profissionais, o que pode contribuir para a falta de tempo disponível para o suporte às mães e sua família<sup>200</sup>. Os enfermeiros podem esquecer que os pais necessitam de apoio emocional e orientação, comprometendo as relações interpessoais o que se configura como um desafio no movimento de humanização do atendimento e do envolvimento dos pais nos cuidados, pois "a tecnologia avança cada vez mais (...) levando os profissionais a aprimorarem suas habilidades técnicas, fazendo-os esquecer de que cuidam de pessoas"<sup>193</sup>.

É natural que o cuidado na UTIN focalize as necessidades da criança, mas quando a mãe não é inserida nos cuidados, quando ela sente não pertencer nem à unidade intensiva nem aos cuidados da maternidade, o sentimento de exclusão por parte da mãe é reforçado<sup>99</sup>. Não reconhecer a importância da mãe e não incluir suas necessidades nos cuidados, é entendido como indiferença, levando a um sofrimento em que a dignidade é insultada. Um estudo indicou que inconsistências nas informações recebidas relativas ao bebê geraram confusão entre as mães<sup>201</sup>, quando havia conflito de orientações entre os profissionais, esse tipo de comportamento contribuiu para a tensão dos pais, pois sentiam que não recebiam dados suficientes<sup>200</sup>.

A oscilação entre a exclusão e participação se mostra presente nos relatos dos estudos, há muitos exemplos de como a mãe lutou para ser reconhecida, para obter informações detalhadas sobre a saúde de seu filho e para participar dos cuidados a ele. Informação verbal é importante na interação entre mãe e cuidador, e para que esta entenda a situação de seu filho precisa de orientação contínua. Porém, por vezes, há falhas na comunicação, o que origina sentimentos de desencanto, conformismo e incompreensão do quadro clínico do bebê, leva à especulação sobre o que os cuidadores estavam fazendo com a criança na ausência da mãe, levando-a a sofrer ao se sentir excluída<sup>95,19-20</sup>.

Manter as mães com bebês na UTI internadas próximo das que estão junto de seus bebês é emocionalmente difícil, pois sentem que não tem nada em comum entre elas. Em um estudo as mães relataram um desejo intenso de permanecer no hospital para estar próxima, amamentar e cuidar de seu filho, porém sentiam que tomavam o lugar de outra mãe que precisava mais dos cuidados na já superlotada maternidade. Neste caso, não havia cama nem lugar para elas na UTIN e havia um sentimento de não serem bem-vindas. Quando a criança estava dormindo se julgaram desnecessárias, já que tinham pouco a fazer. Os quartos e arredores não eram acolhedores e muitas vezes era impossível encontrar um lugar para ficar sozinha com seu filho<sup>98</sup>.

Em um dos artigos que abordava o tratamento de fototerapia, as mães apontaram os problemas mais significativos: "o desconhecimento da terapêutica; a preocupação com a evolução clínica do estado do bebê; o ambiente desconhecido e por vezes assustador; o isolamento do seio familiar; o temor da alta hospitalar deixando o bebê na maternidade e a falha na comunicação com a equipe de saúde"<sup>198</sup>. Desta forma, é importante a conscientização e sensibilização dos

profissionais frente às necessidades destas mulheres a fim de que se sintam acolhidas neste momento difícil.

Conforme um dos estudos, a participação das mães na UTIN ainda é incipiente, porém há interesse da equipe em incluí-las nos cuidados. Mesmo assim os profissionais percebem uma modificação no ambiente com a presença dos pais, o que interfere na dinâmica de trabalho gerando insegurança na equipe que se sente fiscalizada e ainda preocupa-se com as infecções hospitalares. Outro estudo complementa esta situação em que mães não estavam se sentindo valorizadas, pois foram excluídas dos cuidados e se percebiam como alguém que está ali para atrapalhar, reclamar e até mesmo fiscalizar. Sendo que elas percebem que nem todas as enfermeiras estão dispostas a aceitá-las como parceiras no cuidado ao seu filho, ocorrendo uma falta de continuidade nos cuidados o que impede a formação de laços com a equipe<sup>15,23-24</sup>.

#### Ações de educação em saúde

Em alguns estudos na área de cuidados aos pais com bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), enfermeiros enfatizam a importância do uso de manuais, recursos visuais sobre os cuidados, realização de grupo de orientação, enfim modos de educação que englobem a família e a equipe de enfermagem, envolvidas no cuidado ao bebê. O uso de documentos em forma de manuais em linguagem acessível que forneçam informação a respeito do funcionamento da UTIN, das dúvidas mais frequentes, dos procedimentos realizados rotineiramente e como as necessidades de seus filhos serão satisfeitas é necessário, já que as mães podem ficar ansiosas durante a hospitalização e podem não conseguir absorver todas as informações fornecidas pela equipe inicialmente. Ao fornecer os manuais os pais poderão ler com mais tranquilidade e recorrer a ele sempre que houver necessidade<sup>13-14,20,25</sup>.

Estudo que tinha como proposta cuidar da mãe do neonato em fototerapia envolvia, além da comunicação efetiva entre a enfermeira e mãe-filho, o uso de recursos visuais de baixo custo, como um painel ilustrado sobre fototerapia e outros materiais que também podem ser utilizados, conforme a criatividade. A realização de grupos de encontro é valorizada por possibilitar que as mães expressem suas dúvidas, sentimentos, ansiosos, preocupações e sua forma de pensar, além de serem momentos valiosos para a detecção de problemas. A equipe também auxilia nos momentos de crise, enfatiza os recursos pessoais que as mães possuem para lidar com a internação, ajuda no desenvolvimento de habilidades para o cuidado ao bebê em UTIN, cria vínculos com as mães e família, busca enfim tranquilizar os pais neste momento delicado. A partir das discussões geradas nos encontros, a Enfermagem pode planejar e implementar intervenções de suporte junto à mãe e sua família<sup>19,25</sup>.

Frente a um cenário estressante e delicado da UTIN, a equipe também necessita de educação permanente que vai além de técnicas ou o uso de aparelhos de última geração, é importante incluir "conteúdos sobre o cuidado centrado no desenvolvimento, apego e vínculo afetivo mãe-filho e família, relacionamento interpessoal, acolhimento da clientela entre outros, o uso de técnicas educativas para otimizar o treinamento da mãe e família com vistas ao cuidado domiciliar"<sup>23</sup>.

Um programa de educação continuada junto aos enfermeiros auxilia a desenvolver e melhorar a sua habilidade para uma comunicação eficaz e parceria com as famílias<sup>(20-21)</sup>. É importante a abordagem de temas como o apoio à família, cuidados paliativos e processo de luto, pois somente a partir das reflexões dos profissionais acerca dos temas que envolvem a família em UTIN será possível planejar mudanças que favoreçam tanto a equipe de saúde como a unidade familiar<sup>(23,26)</sup>.

## DISCUSSÃO

Destaca-se nos estudos a evidência da necessidade de suporte por parte das mães e sua família, o que inclui a conscientização da equipe multiprofissional da UTIN sobre os aspectos emocionais que envolvem a mãe durante a internação de seu filho prematuro. Assim, poderão ser valorizados "os aspectos psicológicos, reconhecendo situações de vulnerabilidade, bem como se devem resgatar os valores humanísticos no atendimento ao recém-nato prematuro, a interação com a família, em um mesmo ambiente comum, lhes proporcionado segurança, afetividade e atendimento qualificado"<sup>(11)</sup>.

Na rotina intensiva de cuidado da UTIN, por vezes ainda se privilegia a tecnologia em detrimento do cuidado, em que os procedimentos são realizados de forma técnica e mecânica desrespeitando as necessidades de conforto, sono e repouso do bebê, o que configura em um descuidado que se estende à mãe que é privada de participar da vida do seu filho nesta fase<sup>(27)</sup>.

O que se vê é a falta de preparo da equipe para lidar com um ambiente estressante, situações limítrofes de vida e morte, alta tecnologia e, ainda, para compreender a labilidade emocional das mães, o que impede que possam prestar um cuidado individualizado a estas mulheres e suas famílias. Esta situação acarreta angústias aos profissionais que percebem as necessidades, mas não dispõem de tempo, um local adequado e preparação para enfrentar situações delicadas, desta forma é importante a criação de um ambiente para encontro, discussão e troca de vivências além de um programa dentro da UTIN de educação permanente voltado para as relações interpessoais<sup>(28)</sup>.

A comunicação é um ponto chave no estabelecimento da relação enfermeira-mãe e por meio dela pode-se procurar diminuir as tensões e ansiedade ao prover informações quanto ao diagnóstico, tratamento, determinadas condutas e rotinas hospitalares, abrindo o espaço para a interação e solucionando as dúvidas<sup>(1,29)</sup>.

A educação em saúde durante a internação neonatal é importante para a melhor compreensão deste universo estranho para a mãe e como ela pode se aproximar e ajudar na recuperação do bebê, compreendendo que o uso de cartilhas, manuais, recursos áudio-visual isoladamente não demonstram a eficiência necessária<sup>(30)</sup>, exigindo a vinculação da educação em saúde com a abertura dos profissionais à relação de parceria e suporte às mães.

Para que se tenha um cuidado de enfermagem de qualidade, a mãe e a família devem ser vistas como aliadas no contexto do cuidado ao recém-nascido para que se desenvolva a ligação afetiva e que a mãe possa aceitar e reconhecer seu bebê que no momento se encontra tão pequeno e frágil, mas que com a parceria enfermagem e mãe só irá se beneficiar<sup>(31)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos que abordam a relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e as mães com bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, foi possível compreender que há muito que melhorar apesar de esforços serem reconhecidos. Os estudos apontam a necessidade das mães por suporte, o que inclui informações detalhadas e em linguagem acessível acerca do estado clínico e procedimentos realizados com seu filho, apoio emocional, envolvimento nos cuidados ao bebê, disponibilidade para estar e conversar com as mães.

Apesar da busca ter sido realizada com o descritor *Mothers* foram encontrados nos artigos a preocupação com o pai, percebendo que não somente a mãe é importante na recuperação do neonato, como o apoio de ambos os pais.

Por outro lado, esta revisão apontou como lacuna no conhecimento as questões referentes à capacitação dos profissionais que lidam com esta realidade de cuidado ao bebê em UTIN, assim como à mãe e família que vivenciam este período delicado. Demonstra ainda a necessidade de estudos a respeito do cuidado à puérpera durante a hospitalização de seu bebê.

O cuidado individualizado é imprescindível para o estabelecimento de uma relação interpessoal de qualidade entre os pais e a enfermeira, pois ao compreender suas necessidades, esta pode planejar estratégias efetivas. Para que a prática das enfermeiras neonatais sejam implementadas por cuidados que abranjam tanto o bebê como a mãe e família se torna indispensável a capacitação para o aprimoramento dos profissionais a fim de suprir as expectativas das mulheres.

## REFERÊNCIAS

1. Cruz ARM, Oliveira MMC, Cardoso MVLM, Lúcio IML. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Rev Eletrônica Enferm [periódico na internet]*. 2010 [acesso em 15 jul 2010];12(1):133-9 Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a16.htm>>.
2. Viera CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev Eletrônica Enferm [periódico na internet]*. 2010 [acesso em 15 jul 2010];12(1):11-9 Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>>.
3. Santos SA, Geib LTC. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no



- domicílio. *Rev Bras Enferm* 2008;61(5):545-51.
4. Correia LL, Carvalho AEV, Linhares MBM. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. *Rev Latinoam Enferm* 2008;16(1):64-70.
  5. Ganong LH. Integrative Reviews of Nursing. *Rev Nurs Health* 1987;10(1):1-11.
  6. Universidade Federal de Santa Catarina [homepage na internet] Biblioteca Universitária. [acesso em 02 jun 2010]. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/>>.
  7. Fegran L, Fagermoen MS, Helseth S. Development of parent – nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment. *J Adv Nurs* 2008;64(4):363-71.
  8. Obeidat HMA, Bond EA, Callister LC. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *J Perinat Educ* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 14 set 2010];18(3):23-9 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730907/>>.
  9. Wigerit H, Johansson R, Berg M, Hellström A.L. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Nordic Coll Caring Sci, Scand J Caring Sci* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 14 set 2010];20:35-41 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16489588>>.
  10. Mok E, Leung SF. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *J Clin Nurs* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 14 set 2010];15:726-34 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16684168>>.
  11. Campos ACS, Cardoso MVLML. Tecnologia educativa para a prática do cuidado de enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia. *Texto & Contexto Enferm* 2008;17(1):36-44.
  12. Silva RV, Silva IA. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009;13(1):108-15.
  13. Turan T, Basbakkal Z, ÖzbeK S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 13 set 2010]; 17:2856-66 Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x/full>>.
  14. Tran C, Medhurst A, O'Connell B. Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit. *Neonatal Paediatric Child Health Nurs* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 13 set 2010];12(2) Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=113&sid=1f3703aa-9101-4959-82cd-a104b38514cc%40sessionmgr112&bdata=jmxhbm9c9cHqYnImc2I0ZT11aG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2010587898>>.
  15. Fraga TF, Amante LN, Anders JC, Padilha MICS, Henriquez L, Costa R et al. Percepção das mães sobre o processo comunicacional na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Eletrônica Enferm* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 14 set 2010];11(3):612-9 Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a19.htm>>.
  16. Aagaard H, Hall EOC. Mothers' Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit: A Meta-Synthesis. *J Pediatr Nurs* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 14 set 2010];23(3) Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18492543>>.
  17. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC, Carvalho JBL, Silva MLC. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Rev Bras Enferm* 2009;62(5):729-33.
  18. Kearvell H, Grant J. Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Aust J Adv Nurs* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 15 set 2010]; 27(3) Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=18&hid=113&sid=1f3703aa-9101-4959-82cd-a104b38514cc%40sessionmgr112&bdata=jmxhbm9c9cHqYnImc2I0ZT11aG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2010637443>>.
  19. Campos ACS, Moreira MVL, Cardoso L. Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. *Ciênc Enferm* 2006;12(1):73-81.
  20. Lam J, Spence K, Halliday R. Parents' perception of nursing support in the neonatal intensive care unit (NICU). *Neonatal Paediatric Child Health Nurs* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 14 set 2010]; 10(3) Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=16&hid=113&sid=1f3703aa-9101-4959-82cd-a104b38514cc%40sessionmgr112&bdata=jmxhbm9c9cHqYnImc2I0ZT11aG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2009732721>>.
  21. Eden LM, Callister LC. Parent Involvement in End-of-Life Care and Decision Making in the Newborn Intensive Care Unit: An Integrative Review. *J Perinat Educ* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 14 set 2010];19(1):29-39 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/184841/>>.
  22. Mundy CA. Assessment of family Needs in neonatal Intensive care units. *Am J Crit Care* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 17 set 2010];19:156-63 Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=20&hid=113&sid=1f3703aa-9101-4959-82cd-a104b38514cc%40sessionmgr112&bdata=jmxhbm9c9cHqYnImc2I0ZT11aG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2010587898>>.
  23. Martínez JG, Fonseca LMM, Scocchi CGS. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2007;15(2):239-46.
  24. Heermann JA, Wilson ME, Wilhelm PA. Mothers in the NICU: Outsider to Partner. *Pediatr Nurs* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 15 set 2010];31(3) Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=24&hid=113&sid=1f3703aa-9101-4959-82cd-a104b38514cc%40sessionmgr112&bdata=jmxhbm9c9cHqYnImc2I0ZT11aG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2005118282>>.
  25. Vale IN, Souza SR, Carmona EV. Nursing Diagnoses Identified During Parent Group Meetings in a Neonatal Intensive Care Unit. *Int J Nurs Terminol Classif* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 14 set 2010];16:3-4 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16438668>>.

26. Mcallister M, Dionne K. Partnering with Parents: Establishing Effective Long-Term Relationships with Parents in the NICU. Neonatal Netw [periódico na internet]. 2006 [acesso em 16 set 2010];25(5) Disponível em: <http://web.ebsco-host.com/ehost/detail?vid=22&hid=113&sid=113703aa-9101-4959-82cd-a104b38514cc%40sessionmgr112&data=jmxhbmcc9cHQYnmc2l0ZTllaC9zdlC1saXZl#db=c8h&AN=2009282336>.
27. Araújo BBM, Rodrigues BMRD. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2010;14(2):284-92.
28. Guimarães GP, Monticelli M. (Des)motivação da puérpera para praticar o método mãe-canguru. Rev Gaúch Enferm 2007;28(1):11-20.
29. Kowalski WJ, Leef KHI. Communicating with parents of premature infants: who is the informant? J Perinatal 2005;26(1):44-8.
30. Brum EHMD, Schermann L. Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum 2007;17:12-23.
31. Araújo BBM, Rodrigues BMRD; Rodrigues EC. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. Rev Enferm UERJ 2008;16(2):180-6.

## APÊNDICE B - Artigo publicado referente ao referencial teórico desta tese

### REVISÃO

REVISION - REVISIÓN

Esc. Anna Nery Impr(2013 jul - set); 17(3):211 - 219

### CONTRIBUIÇÕES DE FLORENCE NIGHTINGALE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Florence nightingale's contributions: an integrative review of the literature

Las contribuciones de florence nightingale: una revisión integradora de la literatura

Ariane Thaise Frello<sup>1</sup>

Telma Elisa Carraro<sup>2</sup>

#### RESUMO

Florence Nightingale é fonte de inspiração e alvo de pesquisa para estudiosos em todo o mundo. Este artigo teve como objetivo identificar a contribuição dos feitos e escritos de Florence Nightingale nos artigos publicados entre os anos de 2004 e 2011, na percepção de seus autores. Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura exposta em artigos que continham, em seus títulos e/ou resumos, as palavras Florence Nightingale, realizada em bases de dados entre os anos de 2004 e 2011, totalizando 33 artigos. A análise ocorreu com base em um quadro com o objetivo e a sumarização dos pontos principais expostos nos artigos. Os resultados indicam que Nightingale, como uma pessoa pública, é alvo de comentários controversos sobre sua vida e profissão. Conclui-se que seus feitos e escritos influenciaram diversas áreas além da enfermagem, a exemplo da estatística, administração em saúde, saúde pública, fisioterapia e espiritualidade.

**Palavras-chave:** Enfermagem. História da Enfermagem. Cuidados de enfermagem.

#### Abstract

**Objective:** Florence Nightingale is a source of inspiration and a subject of research for researchers worldwide. This article is aimed at identifying the contributions of Florence Nightingale's achievements and written work in the articles published between 2004 and 2011, from the perception of their authors. **Methods:** It is an integrative review of the literature based on articles that contained the words Florence Nightingale in their titles and/or abstracts, undertaken in databases between 2004 and 2011, totaling 33 articles. The analysis was based on an electronic table showing the objective and summary of the main points expressed in the articles. **Results:** The results suggest that, as a public person, Nightingale's personal and professional life has been the subject of controversial comments. **Conclusion:** It is concluded that her achievements and written work have influenced several fields other than nursing, such as statistics, health administration, public health, physiotherapy and spirituality.

**Keywords:** Nursing. History of Nursing. Nursing Care

#### Resumen

**Objetivo:** Este capítulo tiene como objetivo identificar la contribución de los hechos y escritos de Florence Nightingale en los artículos publicados entre los años de 2004 y 2011, en la percepción de sus autores. **Métodos:** Se trata de una revisión integradora de la literatura expuesta en artículos que contenían, en sus títulos y/o resúmenes, las palabras "Florence Nightingale". La investigación fue realizada con un total de 33 artículos. El análisis se dio con base en un cuadro con el objetivo y el resumen de los principales puntos expuestos. **Resultados:** Los resultados indican que Nightingale, como persona pública, es objeto de comentarios polémicos sobre su vida y profesión. **Conclusión:** Se concluye que sus hechos y escritos influenciaron diversas áreas además de la enfermería, como la estadística, la administración en salud, la salud pública, la fisioterapia y la espiritualidad.

**Palabras clave:** Enfermería. Historia de La Enfermería. Atención de Enfermería

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem, Bolsista Capes. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado e Confortando (C&C), Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis - SC, Brasil. E-mail: arianehtaise@yahoo.com.br; <sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Aposentada do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa C&C - Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis - SC, Brasil. E-mail: telmacarraro@ccs.ufsc.br.

## INTRODUÇÃO

Florence Nightingale contribuiu, em sua época, para a melhoria e o desenvolvimento da saúde, mantendo-se, até os dias atuais, como fonte de inspiração e alvo de pesquisa para estudiosos em todo o mundo. Nascida de família abastada, tinha sobre si expectativas da alta sociedade inglesa: passar longas tardes de conversas com a irmã, fazer passeios de carruagem para visitar amigos, frequentar festas e jantares, tocar piano e manter-se ocupada com bordados e pinturas. Tudo isso para se preparar para o casamento. Nightingale, entretanto, queria usar suas habilidades para fazer diferença no mundo<sup>1</sup>. Graças a sua determinação, inteligência, perspicácia e influência, conseguiu alcançar seus objetivos. Foi inovadora ao utilizar a sua experiência na Guerra da Crimeia para demonstrar os primeiros exemplos da interligação entre pesquisa, teoria e prática<sup>2</sup>. Ao retornar da guerra, usou sua influência para fazer campanhas pela saúde pública e promover sistemas educacionais por meio de suas cartas e livros<sup>3</sup>. Seu livro mais conhecido, "Notes on Nursing: What it is and what it is not"<sup>4</sup>, é uma leitura obrigatória para os profissionais de enfermagem, pois está repleto de sabedoria, sagacidade, história e conhecimento<sup>5</sup>.

Algumas de suas práticas de observação, pesquisa, experiência e arte estão começando a ser redescobertas, com o propósito de resgatá-las na prática atual de enfermagem, o que inclui respeito ao ser humano<sup>6</sup>. Reconhecida como pioneira no que se refere ao pensamento filosófico, científico e ético para a enfermagem<sup>7</sup>, deixou um legado rico em carinho e compaixão, instituindo o cuidado como base do trabalho de enfermagem<sup>8</sup>.

A produção científica sobre Florence Nightingale é extensa e conhecida em diversos países. No Brasil, os estudos concentram-se em sua biografia e utilizações de seus escritos como referencial teórico e/ou metodológico em estudos de enfermagem. Esta revisão visa contribuir com um recorte do que vem sendo estudado sobre Florence no mundo, com o intuito de ampliar o conhecimento dos brasileiros interessados na autora e, especialmente, dos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros. Desta forma, este artigo tem como objetivo identificar a contribuição dos feitos e escritos de Florence Nightingale nos artigos publicados entre os anos de 2004 e 2011 na percepção de seus autores.

## METODOLOGIA

Utilizou-se um protocolo de pesquisa guiado pelas seis etapas indicadas para constituição da

Revisão Integrativa da Literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados; e 6) relato claro da evidência encontrada<sup>9</sup>.

A busca e a seleção dos estudos foram realizadas no mês de junho de 2011, nos sites Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e EBSCOhost, por acesso remoto identificado pela Universidade Federal de Santa Catarina. A pergunta de pesquisa foi: Qual a contribuição dos feitos e escritos Florence Nightingale evidenciada nos artigos publicados entre os anos de 2004 e 2011 na percepção de seus autores?

Considerou-se como critérios para seleção dos artigos: pesquisas originais, reflexões e revisões de literatura disponíveis *online* gratuitamente no formato completo, nos idiomas português, espanhol e inglês, entre os anos de 2004 e 2011, e que contivessem, em seus títulos e/ou resumos, as palavras: Florence Nightingale.

Foram identificadas 1.460 publicações, das quais 178 disponíveis no formato completo. Após leitura do título e do resumo, excluíram-se as produções duplicadas e/ou que não atendiam aos critérios, restando 40 para análise detalhada, a qual ocorreu mediante leitura criteriosa do texto, verificando-se a aderência e pertinência ao escopo do estudo. A amostra final foi composta por 33 artigos. Os dados foram organizados em um quadro, com a identificação do artigo com base em sua referência e a sumarização de seus resultados.

## RESULTADOS

Em relação ao país de origem dos estudos publicados nos artigos, os dados revelam que 42,4% (14) são dos Estados Unidos, 21,2% (7) do Brasil, 12,1% (4) do Canadá, 12,1% (4) da Inglaterra, 6% (2) da Austrália, 3,1% (1) de Portugal e 3,1% (1) da Suíça.

O Quadro 1 apresenta a síntese das percepções dos autores sobre as contribuições de Florence Nightingale expressas em cada artigo selecionado:

## Quadro 1 – Sumarização dos resultados por artigo

Artigo	Sumarização dos Resultados
Rubin PT. A history of massage in nurse training school curricula (1860-1945). J Holist Nurs (periódico na Internet). 2011 Mar. [citado 2012 maio];29(1): 61-7. Disponível em: <a href="http://jhn.sagepub.com/content/early/2010/07/30/0898011010377355">http://jhn.sagepub.com/content/early/2010/07/30/0898011010377355</a> .	Nightingale enfatizou o toque como cuidado, o que fez surgir a massagem como uma prática e subespecialidade da enfermagem de 1873 a 1945, quando era prescrita pelos médicos. Entre 1930 a 1940, com o desenvolvimento de fármacos, como morfina e aspirina, o cuidado de enfermagem teve maior ênfase na tecnologia, e a massagem foi perdendo espaço. Atualmente, há um movimento para inserção desse conteúdo nos cursos de enfermagem.
Stanley D, Sherratt A. Lamp light on leadership: clinical leadership and Florence Nightingale. J Nurs Manag (periódico na Internet). 2010 Mar. [citado 2012 maio]; 02(18): 22: 115-21. Disponível em: <a href="http://online.library.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2010.01051.x.full">http://online.library.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2010.01051.x.full</a>	Define liderança em enfermagem como algo administrativo e liderança clínica com assistencial. Destaca que Nightingale foi líder de Enfermagem, já que sua atuação foi mais administrativa do que assistencial dado seu curto período na prática, seu próximo relacionamento com as enfermeiras e maior preocupação com a limpeza e organização da enfermaria do que com o cuidado direto aos pacientes.
Lozes LMA, Santos SMP. Florence Nightingale – Aportamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. Rev Enferm Refer (periódico na Internet). 2010 Dez. [citado 2012 maio]; 02(8) Série (2):16-19. Disponível em: <a href="http://www.enferm.pt/rev/index.php?target=DetalhesArtigo&amp;id_publicacao=30&amp;_lang=pt-PT&amp;pesquisa=tor">http://www.enferm.pt/rev/index.php?target=DetalhesArtigo&amp;id_publicacao=30&amp;_lang=pt-PT&amp;pesquisa=tor</a>	Relembra o histórico da vida e das realizações de Nightingale. Destaca suas contribuições por meio das ações e escritos que fizeram da enfermagem uma profissão digna, que inovava ao priorizar o doente e a prevenção, ao contrário do que era valorizado na época: a obediência e a cura.
Selander LC, Crane P. Florence Nightingale em absentia nursing avinda 1893 Oklahoma Exposition. Holist Nurs (periódico na Internet). 2010 Dez. [citado 2012 maio]; 29(4): 313-4. Disponível em: <a href="http://www.dnir.nlm.nih.gov/pubmed/20807969">http://www.dnir.nlm.nih.gov/pubmed/20807969</a>	Análise de dados coletados de relatórios oriundos do Congresso Internacional de Caridade e Filantropia que aconteceu concomitante à exposição de Colômbia de 1893. Houve grande discussão sobre a Enfermagem e, a despeito de Nightingale não ter participado, devido à sua saúde debilitada, seus filhos e escritos tiveram grande influência. Discute-se sobre a profissionalização da classe, posição que Nightingale não apoiava, pois acreditava que a enfermagem era um dom divino e não tinha grau educacional suficiente para criar esse status.
Wagner DJ, White B. An exploration of the nature of caring relationships in the writings of Florence Nightingale. J Holist Nurs (periódico na Internet). 2010 Dec. [citado 2012 maio]; 02(29):4):225-34. Disponível em: <a href="http://jhn.sagepub.com/content/28/4/225.short?rss=1&amp;source=ref">http://jhn.sagepub.com/content/28/4/225.short?rss=1&amp;source=ref</a>	Define as "relações de cuidado" como um modo de nutrir o estar com os outros (pessoa ou grupo) que engloba atitudes e ações. Os escritos de Nightingale oferecem uma oportunidade para explorar as relações de cuidado do passado de enfermagem e sua influência na prática e educação da enfermagem atual.
Dovey BP. Florence Nightingale: A 19th-century mystic. J Holist Nurs (periódico na Internet). 2010 Dec. [citado 2012 maio]; 29(1):0-35. Disponível em: <a href="http://jhn.sagepub.com/content/28/1/0/abstract">http://jhn.sagepub.com/content/28/1/0/abstract</a>	Indica cinco fases do desenvolvimento espiritual que Nightingale atravessou: Chamado aos 16 anos teve uma visão, mas só foi compreendida claramente aos 30 anos. Purgação: anos de luta e sofrimento para compreender o seu chamado e convencer a família de que seria esposa de Deus, alijando os necessitados do mundo; Iluminação: fase em que seus estudos e determinação são reconhecidos com seu primeiro emprego como enfermeira e a ida à Guerra da Crimeia; Renúncia: fase de retorno à Inglaterra, onde se recuperou lentamente de uma doença e também da fadiga mental e física do período de intensa atuação como enfermeira. Bem como de sua vocação revelada por Deus. Nessa fase, escreveu o livro "Última Década de Vida" no qual busca compreender melhor as palavras de Deus, momento de paz e plantação.
Selander LC. Florence Nightingale: The evolution and social impact of feminist values in nursing. J Holist Nurs (periódico na Internet). 2010 Dec. [citado 2012 maio]; 29(1): 70-78. Disponível em: <a href="http://jhn.sagepub.com/content/28/1/70/abstract">http://jhn.sagepub.com/content/28/1/70/abstract</a>	Análise a novela de autoria de Nightingale intitulada "Cassandra", que descreve o status e a condição de ser mulher na Inglaterra. Victória, esposa de seu filho, realiza-se como Cassandra, um mito grego, tornou-se uma jovem de magnífica beleza, profetisa e devota de Apolo. Quando se negou a dormir com ele, Apolo lançou-lhe a maldição de que ninguém acreditasse nas suas previsões. Anos após o ocorrido, Cassandra foi morta por uma mulher. Esta é uma reflexão de Nightingale, ao perceber ter sido destruída pelas mulheres importantes em sua vida, sua mãe e irmã. Em seus escritos "Suggestions of Thought" e "Cassandra" são destacados os posicionamentos feministas e declara-se que Nightingale era uma feminista não radical, que contribuiu com as mulheres ao quebrar os paradigmas relacionados ao sexo feminino, estabelecendo a enfermagem como profissão.
Dovey BP. Florence Nightingale: her crises, fever and chronic illness. J Holist Nurs (periódico na Internet). 2010 Dec. [citado 2012 maio]; 29(1): 38-55. Disponível em: <a href="http://jhn.sagepub.com/content/28/1/38/abstract">http://jhn.sagepub.com/content/28/1/38/abstract</a>	Discute as doenças mais comuns da época de Nightingale e conclui que seus sintomas coincidiam com a febre da Crimeia conhecida como brucelose. Muitas críticas cercam o seu estado emocional, porém a doença afetou sua personalidade, deixando-a irritada, melancólica e depressiva. A análise da vida e os sintomas de Nightingale mostram que ela sofreu por 32 anos com muitas dores e crises severas originadas pela doença desde 1855 até 1887. Na época, os médicos atribuíam seus sintomas a consequências de sua dedicação excessiva ao trabalho.
McDonald L. Florence Nightingale: Passionate statistician. J Holist Nurs (periódico na Internet). 2010 March. [citado 2012 maio]; 02(1): 92-98. Disponível em: <a href="http://www.dnir.nlm.nih.gov/pubmed/20467034">http://www.dnir.nlm.nih.gov/pubmed/20467034</a>	A paixão de Nightingale pela estatística tem relação direta com sua espiritualidade. A estatística ajudou, indicando precisamente como agir conforme os desejos de Deus para cuidar do que foi criado por Ele. O conhecimento sobre dados estatísticos fez com que ela realizasse a reforma hospitalar. Destaca o aprendizado de Nightingale com o estatístico belga Quetelet sobre o monitoramento do sistema de saúde e a mortalidade materna durante o parto, o que levou a melhorias nessa área.
Beck DJ. Remembering Florence Nightingale's Philosophy: 21st-Century Nursing-At a Critical Crossroads. J Holist Nurs (periódico na Internet). 2010 Dec. [citado 2012 maio]; 02(29): 291-301. Disponível em: <a href="http://www.dnir.nlm.nih.gov/pubmed/20664922">http://www.dnir.nlm.nih.gov/pubmed/20664922</a>	Exploram os termos utilizados por Nightingale – enfermagem da saúde e da doença – em que as enfermeiras devem colocar os pacientes nas melhores condições para a saúde atual. Esta orientação de Nightingale é percebida como algo esquecido atualmente, ao focar na doença, e assim deve ser relembraça pelas enfermeiras para melhorar o presente e planejar o futuro.

## Contribuições de Florence Nightingale: revisão integrativa

Frello AT, Carraro TE

Esc. Anna Nery (impr.)2013 jul - set; 17 (3):211 - 219

<p>Nelis PE. The influence of Nightingale rounding by the liaison nurse on surgical patient families with attention to differing cultural needs. <i>J Holist Nurs.</i> [periódico na internet]2010 Dez; [citado 2012 maio 02]; 28(4): 235-43. Disponível em: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20959239">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20959239</a></p>	<p>As lições retiradas dos estudos de Florence permitiram o destaque dos modos de ser e de atuar da enfermeira no cenário de tratamento cirúrgico, bem como a importância de se ter uma enfermeira como elemento de ligação entre a família, a equipe e o paciente do centro cirúrgico.</p>
<p>Bock DM. Expanding our Nightingale horizon: seven recommendations for 21st-century nursing practice. <i>J Holist Nurs.</i> [periódico na internet]2010 Dez; [citado 2012 maio 02]; 28(4): 317-26. Disponível em: <a href="http://jhn.sagepub.com/content/28/4/317.abstract">http://jhn.sagepub.com/content/28/4/317.abstract</a></p>	<p>Sete recomendações para a Enfermagem do século XXI com base nos escritos de Nightingale. Essas recomendações foram adaptadas para os dias atuais e enfatizadas, em sua época, a fim de inspirar enfermeiros no mundo: 1. faça saúde e influencie com exemplos positivos; 2. valorize as enfermeiras e seus cuidados de saúde; 3. use colaboração interdisciplinar e intercultural para promover saúde comunitária; 4. pense globalmente e aja localmente para criar educação em saúde para todas as pessoas; 5. faça dos meios de comunicação catalisadores para a enfermagem e saúde; 6. mantenha a saúde holística e transdisciplinar; 7. responda seu chamado interior, seja a mudança que você deseja ver.</p>
<p>Selander LC. The power of environmental adaptation: Florence Nightingale's original theory for nursing practice. <i>J Holist Nurs.</i> [periódico na internet]2010 Mar; [citado 2012 maio 02]; 28(1): 81-88. Disponível em: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19801537">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19801537</a></p>	<p>Análise do trabalho de Nightingale sob o paradigma filosófico, a fim de delinear sua teoria e seus componentes. Apresenta sete suposições: <i>Let's Natural</i>; Enfermagem é um chamado; Humanidade pode atingir a perfeição; Enfermagem é uma arte e uma ciência; Enfermagem é alcançada mediante a alteração ambiental; Enfermagem necessita de educação básica específica; Enfermagem é diferente e separada da Medicina. Os componentes da teoria, nomeados também como conceitos, são: ambiente ser humano, saúde e Enfermagem. Essa base teórica propõe o Modelo de Nightingale para a enfermagem prática, relacionando-o com o Modelo de Gaslow, a fim de mostrar que o primeiro é completamente filosófico e o segundo é aplicável na prática.</p>
<p>Atweell A. Florence Nightingale's relevance to nurses. <i>J Holist Nurs.</i> [periódico na internet]2010 Mar; [citado 2012 maio 02]; 28(1): 101-6. Disponível em: <a href="http://jhn.sagepub.com/content/28/1/101.abstract">http://jhn.sagepub.com/content/28/1/101.abstract</a></p>	<p>Análise da relevância de Nightingale para as enfermeiras, estudando a sua contribuição em três aspectos da enfermagem: conhecimento, organização e educação. A importância da sua vida. A organização da enfermagem destaca-se com base nos seus esforços na busca do respeito dos médicos, além do importante papel na reforma hospitalar. Na Educação, percebe-se a influência do Modelo nightingaleano nas escolas, inicialmente voltado para a prática hospitalar; entretanto, Nightingale visionava o cuidado também na saúde pública.</p>
<p>Wesmery G. We must not forget what we once knew. <i>J Holist Nurs.</i> [periódico na internet]2010 Dez; [citado 2012 maio 02]; 28(4): 260-3. Disponível em: <a href="http://jhn.sagepub.com/content/28/4/260.abstract">http://jhn.sagepub.com/content/28/4/260.abstract</a></p>	<p>Reflexo do curso de atualização para as enfermeiras de um hospital em Nova Iorque. Foram realizadas reuniões de cartas de Nightingale e do livro "Ideias sobre Enfermagem". Ao final, as participantes relataram surpresa ao ver como Nightingale é atual em suas colocações e inspirações para a prática de enfermagem.</p>
<p>Selander LC, Lake K, Crane P. From charity to caring: Nightingale's experience at Harley Street. <i>J Holist Nurs.</i> [periódico na internet]2010 Dez; [citado 2012 maio 02]; 28(4): 284-90. Disponível em: <a href="http://jhn.sagepub.com/content/28/4/284.abstract">http://jhn.sagepub.com/content/28/4/284.abstract</a></p>	<p>Delineia a passagem de Nightingale no hospital da cidade de Harley Street. Os relatórios trimestrais para o diretor do hospital e expõem mudanças: enfermeiras alfabetizadas e educadas, atendimento a todas as pessoas doentes, independente de sua religião, a limpeza do ambiente, prover uma morte digna e a divulgação da enfermagem como um emprego para as mulheres. A percepção sobre seu papel em Harley Street era o de prover a enfermagem de um serviço criado para a humanidade.</p>
<p>Wilksman S. Nursing and the issue of "party" in the Church of England: the case of the United Disciples Nursing Association. <i>Nurs Inquiry.</i> [periódico na internet]2009; [citado 2012 maio 02]; 16(2): 94-102. Disponível em: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453354">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453354</a></p>	<p>O envolvimento da Igreja e da religião na Enfermagem era muito marcante no século XIX. A diocese da cidade de Londres, na Inglaterra, criou uma Associação Discípula de Enfermagem e, em resposta contrária a esse movimento, surgiu a Associação Derby, ambas disputando o controle da enfermagem da região. Quando pediram conselhos e suporte à Nightingale, ela dispôs-se a orientá-las, porém sem envolver-se em controvérsias religiosas. Ela ajudava e buscava espíritos de todas as religiões sem discriminação. Desta forma, correspondeu-se por carta com as duas organizações, aconselhando-as sobre o fazer em enfermagem.</p>
<p>Costa R, Padilha JMCS, Amaral LN, Costa E, Bock LF. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. <i>Texto Contexto Enferm.</i> [periódico na internet]2009 Out/Dez; [citado 2012 maio 02]; 19(4): 661-5. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/ctce/v19n4/07.pdf">http://www.scielo.br/pdf/ctce/v19n4/07.pdf</a></p>	<p>A revisão traz olhares de autores sobre a biografia de Nightingale, seu papel social, político, educativo, administrativo, feminista e histórico. Críticas e elogios são apresentados pelos artigos selecionados neste trabalho, porém conclui-se que a vida de Nightingale e seu papel enquanto criadora da enfermagem moderna no mundo é reterçado como algo positivo, uma mulher que dedicou a sua vida para o cuidado do outro e para a profissionalização da enfermagem.</p>
<p>Helmstader C. Authority and leadership: the evolution of nursing management in 19th century teaching hospitals. <i>J Nursing Management.</i> [periódico na internet]2008; [citado 2012 maio 02]; 16(1): 4-13. Disponível em: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18211308">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18211308</a></p>	<p>Apresenta o panorama da enfermagem no século XIX na área da administração, detalhando a trajetória de enfermeiras-chefes de hospitais na época. Nightingale teve dificuldades em coordenar as enfermeiras do Hospital St. Thomas, pois enfrentava sua autoridade enquanto planejava a escola de enfermagem. Em 1860, a Escola de Enfermagem Nightingale foi inaugurada, porém, devido aos problemas de saúde, ela não pôde acompanhar pessoalmente. Entretanto, começou a desenvolver análises às alunas, hospitais e as orientações sobre a enfermagem. A desaprovação dos líderes era contestada por Nightingale para administrar a Escola de Enfermagem, esta recebeu seu nome devido seu prestígio na sociedade, assim como adotou seu método de ensino.</p>
<p>Meyers PD, McNikostas M. Improved data illustration in complex multi-linkage knee reconstruction surgery. <i>Acta Orthop.</i> [periódico na internet]2008; [citado 2012 maio 02]; 79(2): 244-5. Disponível em: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18484251">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18484251</a></p>	<p>Para embasar o desenvolvimento de uma ferramenta tecnológica de pesquisa de dados para desenvolvimento de estudos sobre a área de reconstrução do joelho, é realizado um resgate histórico sobre Nightingale e John Venn. Ela que é lembrada como pioneira dos métodos de histórico sobre Nightingale e John Venn. Ela que é lembrada como pioneira dos métodos de histórico sobre Nightingale e John Venn. Ela que é lembrada como pioneira dos métodos de histórico sobre Nightingale e John Venn. Ela que é lembrada como pioneira dos métodos de histórico sobre Nightingale e John Venn.</p>



## Contribuições de Florence Nightingale: revisão integrativa

Esc Anna Nery (Impr)2013 | jul - set; 17 (3):211 - 219

Frello AT, Carraro TE

<p>ONIC. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas na teoria ambientalista de Florence Nightingale. Escola Anna Nery Rev Enferm. [periódico na Internet]2008;(Março 2012 maio 02); 12(2): 341-7. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a22.pdf">http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a22.pdf</a></p>	<p>Nightingale embasado no livro "Notas sobre enfermagem". Destaca-se trechos do livro, interpretando-os sob a realidade dos cuidados de enfermagem no trabalho de parto e parto, considerando que é possível aplicar seus escritos na prática de enfermagem.</p>
<p>Stanley D. Lights in the shadows: Florence Nightingale and others who made their mark. Contemp Nurse. [periódico na Internet]2007 Feb; (citado 2012 maio 02); 24(1): 45-51. Disponível em: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17348782">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17348782</a></p>	<p>Nightingale teve grande reconhecimento por sua passagem pela Guerra da Crimeia, porém outras mulheres também tiveram papéis importantes nessa guerra. Tornou-se a salvadora de Scutari dada sua influência política e apoio de pessoas influentes, tais como a Rainha Vitória. Foi divulgado que ela diminuiu a mortalidade na Crimeia de 42,7% para 2,2%, porém isso não é real pois, durante toda sua estada, a mortalidade manteve-se e, por vezes, aumentou. Ela instituiu a limpeza, mas não viu problema no fato de a enfermagem se encontrar sobre um esgoto aberto. Após seu retorno para a Inglaterra, a Comissão Sanitária mandou fechar o esgoto, o que resultou na diminuição de mortes e, em dois meses, houve a queda divulgada. Outras mulheres foram para a Crimeia: mulheres de comunidades religiosas, simples enfermeiras jacobitas, senhoras voluntárias e enfermeiras não oficiais. Destaca-se Mary Seacole, que, vinda da Jamaica, não foi aceita no grupo de Nightingale e fez sua própria enfermagem. Indo até o campo de batalha resgatar os soldados. O texto ressalta a necessidade de se valorizar essas mulheres que viveram à sombra de Florence e fizeram um trabalho importante para a enfermagem.</p>
<p>Gomes VLD, Backes WMS, Pasilha MCS, Vaz MFC. Avaliação do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. Investig Educ Enferm. [periódico na Internet]2007 Sept;(citado 2012 maio 02); 25(2): 108-15. Disponível em: <a href="http://aprendenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/2889/2447">http://aprendenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/2889/2447</a></p>	<p>Análise as quatro fases distintas à evolução do conhecimento científico em enfermagem, identifica a primeira fase – denominada O que fazer? – como marcada por Nightingale, que estabeleceu normas e formas de fazer em enfermagem, preparando as bases de grande desenvolvimento intelectual e tecnológica da profissão.</p>
<p>Rasmussen BH, Edvardsson D. The influence of environment in palliative care: Supporting or hindering experiences of 'al-homness'. Contemp Nurse. [periódico na Internet]2007;(citado 2012 maio 02); 27: 119-31. Disponível em: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1836962">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1836962</a></p>	<p>Pesquisa desenvolvida com pessoas sob cuidado paliativo com o foco na influência do ambiente no seu cuidado, baseando-se nos escritos de Nightingale e Rogers. Concluem que a abordagem de Nightingale sobre o ambiente ainda é aplicável e que a arte de enfermagem é prover um ambiente que cria possibilidades para a cura, neste caso para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos.</p>
<p>Darr K. Quality improvement: the pioneers. Nurs. [periódico na Internet]2007;(citado 2012 maio 02); 85(4): 36-8. Disponível em: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18171693">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18171693</a></p>	<p>Apresenta alguns dos pioneiros da saúde, dentre eles Nightingale. Enfatiza que ela demonstrou o valor da boa organização, limpeza e treinamento apropriado para enfermagem no tratamento de soldados na Guerra da Crimeia. Teve grande contribuição no desenvolvimento da estatística. Fundou a Escola Nightingale e é reconhecida por seu trabalho em organizar hospitais, como a primeira administradora hospitalar.</p>
<p>Clements PI, Averbil B. Finding patterns of knowing in the work of Florence Nightingale's Outlook. [periódico na Internet]2006 set; (citado 2012 maio 02); 54(5):66-74. Disponível em: <a href="http://www.tandf.co.uk/journals/doi/10.1080/00060010410001659466">http://www.tandf.co.uk/journals/doi/10.1080/00060010410001659466</a></p>	<p>A educação e a prática de enfermagem foram organizadas em um corpo conceitual denominado de Círculo do Conhecimento de Barbara Carper, White, Murrell e Nash. Os escritos de Nightingale foram analisados por essas prismas e relacionados nos seis blocos que contemplam os caminhos do conhecimento para a enfermagem: ensaio – uso do seu conhecimento empírico para estabelecer formas de cuidar na enfermagem, além da história da enfermagem para que utilizassem o ambiente unido à clínica para melhor cuidar, esteio – discute a presença da enfermeira, assim como a comunicação interdisciplinar, como uma forma de conhecimento; ética – a escrita e a conduta de Nightingale sempre estiveram muito ligadas à ética e a moral, zelandos pela postura das enfermeiras; conhecimento pessoal – destaca o conhecimento pessoal as relações interpessoais no fazer de enfermagem; conhecimento sociopolítico – como figura de destaque de sua época, teve grande influência social e política, devido à sua preocupação com os necessitados de cuidados de saúde; desconhecido – esta categoria está ligada ao que a enfermeira não sabe sobre o paciente e deve ficar atenta para descobrir. Enfatizou a observação como grande qualidade da enfermeira. Os autores concluem que, pela sua persistência em educar as enfermeiras, se ela conhecesse os caminhos do conhecimento de Enfermagem, os benefícios como base para seus estudos.</p>
<p>Nazima EC. Florence Nightingale and healthcare reform. Nurs Science Quarterly. [periódico na Internet]2006 Jan; (citado 2012 maio 02); 19(1): 61-4. Disponível em: <a href="http://www.scribbr.com/journal/doi/10.1177/0898010105282002">http://www.scribbr.com/journal/doi/10.1177/0898010105282002</a></p>	<p>Nightingale teve importante papel na Reforma da Saúde no século XIX por suas contribuições científicas. Absorvido em contato com William Farr, médico estatístico, contribuiu com grandes avanços sobre a mortalidade de enfermarias em relação às mulheres da época, mortalidade infantil e na guerra.</p>
<p>Tweiller T, Bawden D. Individual perceptions: a new chapter on victorian information history. Library History. [periódico na Internet]2006 July;(citado 2012 maio 02); 22(2): 137-56. Disponível em: <a href="http://www.scribbr.com/journal/doi/10.1177/0898010105282002">http://www.scribbr.com/journal/doi/10.1177/0898010105282002</a></p>	<p>Destaca que Nightingale viu a informação como algo objetivo e científico em seu aprofundamento na estatística, por meio da qual transformou algo subjetivo, como as mortes da guerra, em números, dando-lhes significado e possibilitando denunciar e exigir modificações nas condições de vida dos militares. Os estudos de Nightingale permitiram perceber que dados numéricos sozinhos são inúteis, porém as informações estatísticas, ao serem analisadas de forma racional e informativa, tornam-se ferramentas importantes de modificação da realidade na área de saúde.</p>
<p>Pasilha MCS, Marcia JR. Florencia Nightingale e as áreas de cuidados: revisando a história. Rev Bras Enferm. [periódico na Internet]2005 nov-dez;(citado 2012 maio 02); 58(6): 723-6. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600186&amp;tid=SCIDART&amp;tl=SCIDART&amp;tl=SCIDART">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600186&amp;tid=SCIDART&amp;tl=SCIDART&amp;tl=SCIDART</a></p>	<p>Nightingale foi influenciada pelas irmãs de Caridade da França depois que conheceu as irmãs de Hotel D'Yvet e acompanhou seu trabalho assistencial e administrativo. O estágio de três meses no Instituto de Diaconissas, na Alemanha, seguiu regras semelhantes às das irmãs de Caridade, influenciando profundamente no seu modo de pensar e na prática de enfermagem por ela proposta para seus estudos.</p>

## Contribuições de Florence Nightingale: revisão integrativa

Frello AT, Carraro TE

Esc. Anno Nery (Impr.)2013 jul - set; 17 (3):211 - 219

<p>GI, Gil GC. Nightingale in scotland her legacy reexamined. Clin Infect Diseases. periódico na internet 2005 [citado 2012 maio 02]; 40(12): 1799-805. Disponível em: <a href="http://connection.ebscohost.com/articles/17113743/nightingale-scotland-her-legacy-reexamined">http://connection.ebscohost.com/articles/17113743/nightingale-scotland-her-legacy-reexamined</a></p>	<p>Resgate histórico sobre as condições do hospital de Campanha em Sotchi e as condições precárias de saúde dos soldados feridos. Para modificar essa situação, Nightingale foi enviada para reformar as áreas de alimentação, limpeza do ambiente, dos pacientes e ventilação, o que trouxe grande melhora para os soldados. Os autores respondem às críticas que dizem que Florence não fez com que o número de mortes diminuísse, porque seus feitos contribuíram para o bem-estar dos pacientes enquanto as mortes estavam relacionadas ao esgotamento fora do seu alcance. Outros críticos dizem que Nightingale foi mais administrativa do que propriamente enfermeira em Sotchi, algo que é disputado por seus críticos e pelos relatos dos médicos e enfermeiras que trabalharam com ela. A contribuição de Nightingale vai além da enfermagem. Ela teve importante papel na estatística, na saúde pública e nos esboços, ao valorizar, em sua prática, a morte com dignidade.</p>
<p>Formiga RFF. Semestre 199. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. Rev Bras Enferm. [periódico na internet] 2005 mar-abr [citado 2012 maio 02]; 58(2): 222-6. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/sbce/art.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-71672005000200219">http://www.scielo.br/sbce/art.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-71672005000200219</a></p>	<p>Nightingale ampliou as funções da Enfermagem para além da assistência, percebendo a organização do ambiente e dos serviços como importantes para as enfermeiras. Ao demonstrar a necessidade de aplicar as funções administrativas nos hospitais e alcançar êxito em suas implementações, passou a ser considerada pioneira da administração hospitalar.</p>
<p>Carraro TE. Os postulados de Nightingale e Semmelweis: possível e prevenção/contato como estratégias para a estabelecimento das infecções. Rev Latino-am Enferm. periódico na internet 2004 jul-ago [citado 2012 maio 02]; 12(4): 650-7. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/sbce/art.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-1169200400040011">http://www.scielo.br/sbce/art.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-1169200400040011</a></p>	<p>Nightingale, com sua preocupação com o meio ambiente e o ser humano, alçou para a prevenção e o controle de doenças infecciosas e infecções hospitalares, mesmo antes do conhecimento sobre bactérias. Foi além do ambiente, ao preocupar-se com o poder vital do ser humano que, ao ser fortalecido, aumentava seu sistema imune, eliminando sua vulnerabilidade às doenças infecciosas.</p>
<p>Nairns DL, Garcia TR. Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes acometidos por infarto do miocárdio. Brazilian J Nurs. [periódico na internet] 2004 [citado 2012 maio 02]; 3(2): [número 5 tabelas]. Disponível em: <a href="http://www.ufrpe.br/revista/abstrato/obj322/martinsnairns.pdf">http://www.ufrpe.br/revista/abstrato/obj322/martinsnairns.pdf</a></p>	<p>Análise de Nightingale e enfermagem em pacientes acometidos por infarto do miocárdio internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), segundo os conceitos de Nightingale: nutrição, ventilação do ambiente, conversando sobre as expectativas, a limpeza, a iluminação, a limpeza e ventilação. Os conceitos são uma interpretação dos escritos de Nightingale, à qual se refere o artigo como modelo conceitual. Os autores concluem que seus conceitos são aplicáveis não só em UTI, mas também em outros setores do hospital.</p>

Fonte: Elaboração própria com base em dados extraídos nos sites Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e EBSCOhost, em junho de 2011.

## DISCUSSÃO

Os dados apresentados demonstram oscilação no número de artigos publicados sobre Florence Nightingale no período do estudo. Destaca-se o significativo número de publicações em 2011, ano em que se comemorou o centenário da sua morte. Os estudos, delineados com diversificadas metodologias, mostram a versatilidade de suas ideias. Registram ainda diferentes juízos de valor para Nightingale, positivos e negativos, defensores e acusadores. Conforme registrado nos artigos, seus feitos e escritos influenciaram diversas áreas, além da enfermagem, tais como estatística, administração em saúde, saúde pública, fisioterapia e espiritualidade.

Esta enfermeira italiana destacou-se em sua época por suas habilidades em estatística, que lhe permitiram visualizar a situação dos hospitais e apresentar propostas de melhorias. Como metodologista de pesquisa de alta habilidade e estatística apaixonada, foi responsável pelo mais notável projeto de melhoria da qualidade de um hospital, como demonstrado por sua cuidadosa documentação quantitativa e pelos resultados do atendimento<sup>10</sup>. Na Guerra da Crimeia, introduziu a visão da atuação da enfermagem não somente ao paciente, mas também no ambiente, ao ampliar as suas funções para organizar os serviços de cozinha, lavanderia, rouparia, limpeza e armazenamento, controlando-os pela observação e supervisão. Com isso, introduziu a hierarquia e a disciplina na Enfermagem<sup>11</sup>.

Alguns artigos ressaltam a importância de Nightingale como precursora dos conhecimentos de administração em enfermagem ao mudar a realidade dos hospitais. Antes da atuação de Florence, estes eram casas de repouso, onde a

morte coexistia desveladamente com a vida; insetos e roedores disputavam alimento com os pacientes; mortos e vivos permaneciam no mesmo leito. O hospital - depois dela - tem tido a saúde como o maior bem produzido e a melhora da qualidade de vida como uma busca constante<sup>12</sup>.

Os planos de Florence para o cuidado de enfermagem transcendem o seu tempo e incitam a vislumbrar o presente e o futuro quando ela, por exemplo, tornou clara as relações entre o ser humano, o ambiente e a natureza como um meio de aprendizagem para crescimento profissional por meio da conexão entre saúde, cuidado e cura.<sup>6</sup> Sua contribuição transcende a prática ao refletir sobre os aspectos éticos e morais da enfermagem, o que permite que os acadêmicos possam não só construir o legado deixado por Nightingale como também moldar o futuro da profissão.<sup>13</sup>

A despeito das contribuições de Nightingale para a enfermagem e para a saúde em geral, autores discutem sua atuação enquanto cuidadora e destacam suas dificuldades de relacionamento com as enfermeiras em guerra, na sua escola e nos hospitais por onde passou. Entretanto, relatos da época contradizem-se, pois, enquanto alguns confirmam o apoio e cuidado de Nightingale aos feridos da guerra, outros criticam sua postura administrativa e dedicação ao registro das suas realizações. Independente dos rumores sobre sua forma de relacionamento em trabalho, os feitos de Florence Nightingale cruzaram os continentes, fazendo com que o sistema nightingaleano fosse considerado um modelo a ser seguido para a criação dos primeiros cursos de enfermagem.



## CONCLUSÃO

Ao *revisitar a vida*, os feitos e os escritos de Nightingale, percebe-se que muitos são os olhares que podem ser lançados sobre eles. Inovadora para o seu tempo, teve impacto em diversas áreas do conhecimento, como explorado nos 33 artigos selecionados nesta revisão.

Como uma pessoa pública, Nightingale é alvo de comentários controversos sobre sua vida e profissão. Com uma postura mais administrativa ou cuidadora, afetuosa ou distante, é importante destacar sua contribuição para as diversas áreas de estudos. Como pioneira na saúde, continua atraindo admiradores e críticos, que aprofundam os estudos sobre esta enfermeira. Seus escritos são passíveis de adaptação e implementação nos mais variados cenários de cuidado, influenciando na experiência de ser enfermeira.

Quanto às limitações deste estudo, o extenso achado de publicações sobre Florence Nightingale somado a resumos incompletos fizeram com que os autores da revisão lessem boa parte dos artigos na íntegra para poder selecioná-los ou descartá-los. O rigor na produção de resumos completos deve ser priorizado para melhor compreensão dos escritos sem ter que recorrer ao texto completo. Conclui-se que este artigo, ao incorporar estudos realizados em vários países e englobar diferentes perspectivas, contribui para a ampliação do olhar sobre Florence Nightingale. Mostra-a como mulher e estudiosa, como uma pessoa com qualidades e defeitos que deixou um legado significativo para a enfermagem e saúde mundial.

## REFERÊNCIAS

1. Garofalo ME, Fee E. Florence Nightingale (1820-1910): feminism and hospital reform. *Am. j. public health.* 2010; 100(9): 1588.
2. Clements PT, Sekula LK. Toward advancement and evolution of Forensic nursing: the interface and interplay of research, theory, and practice. *J Forensic Nursing.* 2005; 1(1): 35.
3. Attewell A. Florence Nightingale (1820-1910). Prospects: the quarterly review of comparative education. 1998; 26(1): 156.
4. Nightingale F. *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo (SP): Cortez; 1989.
5. Tierney GL. The passion in Florence Nightingale. *Orthop Nurs.* 2003; 22(5): 319.
6. Watson J. Florence Nightingale and the enduring legacy of transpersonal human caring-healing. *J. holist nurs.* 2010; 28(1):107.
7. Camponogara S. Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* (Online). 2012 mar; [citado 2012 June 11]; 16(1): 178-84. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000100024&lng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100024&lng=en).
8. Boykin A, Dunphy L. Justice-making: nursing's call. *Policy Polit Nurs Pract.* 2002; 3(1): 14-9.
9. Ganong LH. Integrative reviews of nursing. *Rev Nurs Health.* 1987; 10(1): 1-11.
10. Neuhauser D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. *Qual Saf Health Care* [periódico na internet]. 2003; 12(4): 317; [citado 2010 Out 15]; Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743730/>>.
11. Formiga JMM, Germano RM. Por dentro da história: o ensino de Administração em Enfermagem. *Rev bras Enferm* [periódico na internet]. 2005; [citado 2012 fev 29]; 58(2): 223. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200019&lng=en&nrm=iso)
12. Andrade GM. Infecção hospitalar: mitos e verdades, velhos hábitos, novas atitudes. *Brasília Med.* 2002; 39(1): 58.
13. Hoyt S. Florence Nightingale's Contribution to Contemporary Nursing Ethics. *J. holist nurs.* 2010; 28(1): 331.

Recebido em 06/08/2012  
 Reapresentado em 21/03/2012  
 Aprovado em 02/06/2012

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721 9787 - e-mail: nr@nr.usfc.br

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado: **Puerpério de Alto Risco e Cuidado de Enfermagem: Influência no Poder Vital das Mulheres** será desenvolvido pela pesquisadora Ariane Thaise Frello, sob orientação da Dra. Telma Elisa Carraro. Trata-se de pesquisa desenvolvida no Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC - parecer nº 1132-10.

O projeto de pesquisa tem como **objetivo geral:**

**Compreender como as mulheres vivenciam o puerpério de alto risco.**

Este estudo será realizado em encontros presenciais que você como mulher puérpera está sendo convidada a participar a responder aos seguintes questionamentos: *Conte-me sua história sobre a internação de seu filho em uma Unidade de Terapia Intensiva. Conte-me suas vivências de cuidado enquanto acompanha seu filho em uma Unidade de Terapia Intensiva.* Que serão realizadas nas dependências do Hospital X. A entrevista será gravada em áudio, caso haja seu consentimento.

Sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. **A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos.** Não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e a

Instituição participante de todo processo investigativo.

Sua participação não envolve riscos físicos, entretanto você poderá se recusar a participar ou deixar de responder aos questionamentos feitos e que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, as imagens individuais e institucionais serão protegidas, assim como, serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios indiretos às instituições pesquisadas, no sentido de oferecer subsídios para os estudos sobre o puerpério de alto risco. Destas reflexões e constatações acredita-se que devem nascer propostas concretas relacionadas aos cuidados de enfermagem neste período delicado em que a mulher vivencia um puerpério de alto risco, visando implementar os cuidados ao humanizar a relação da equipe com a mulher e sua família.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante o seu desenvolvimento, ou desistir de fazer dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em seu domicílio. Só terão acesso os pesquisadores envolvidos. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou divulgação em eventos científicos.

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

<p>Eu....., fui informado (a), dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do Participante</p> <p>_____</p> <p>Assinatura da Pesquisadora Principal</p> <p>Florianópolis, ____ de _____ de 2010.</p>
---

Em caso de necessidade contate com Ariane Thaise Frello.

## APÊNDICE D - Instrumento de Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721 9787 - e-mail: nr@nr.usfc.br

### PUERPÉRIO DE ALTO RISCO E CUIDADO DE ENFERMAGEM: INFLUÊNCIA NO PODER VITAL DAS MULHERES

#### INSTRUMENTO DE PESQUISA

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Código da Entrevistada:

Nome:

Idade:

Cidade:

Escolaridade:

Estado Civil:

Ocupação:

Número de Filhos:

Números de: Gestações:.....Partos/tipo.....Aborto.....

#### Questões Norteadoras

- 1- Conte-me sua história sobre a internação de seu filho em uma Unidade de Terapia Intensiva.
- 2- Conte-me suas vivências de cuidado enquanto acompanha seu filho em uma Unidade de Terapia Intensiva.

**ANEXOS**



## ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pré-Reitoria de Pesquisas e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos

**CERTIFICADO** nº 1132

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0384-GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o comitê no Regimento Interno do CEPSH, CERIFICA que os procedimentos que envolvem Seres Humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 1132 FR: 386041

TÍTULO: PUERPERO DE ALTO RISCO NARRADO PELAS MULHERES-POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

AUTOR: Toluza Elisa Carraro Ariane Thaise Frello

FLORIANÓPOLIS, 29 de Novembro de 2010.

Coordenador do CEPSH/FSC

Prof. Washington Portela de Souza  
Coordenador do CEPSH/FSC

## ANEXO B - Instrução Normativa 10/PEN/2011


 Programa  
de Pós-Graduação  
em Enfermagem  
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE


 35 ANOS  
PEN/UFSC

**Instrução Normativa 10/PEN/2011**

**Florianópolis, 15 de junho de 2011.**

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

### **RESOLVE:**

**Art. 1.** Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

**Art. 2.** As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

**Art. 3.** A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.



- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

**Art. 4.** Orientações gerais:

- § 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- § 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- § 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- § 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

**Art. 5.** Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011