

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ADI FRANCESCHI JUNIOR  
LEILA PASSOS NEVES  
TATIANA LUCIA CAETANO**

**UM COMEÇO DE VIDA INESPERADO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA  
UNIDADE NEONATAL PROMOVENDO A FORMAÇÃO DO APEGO ENTRE  
RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS E SEUS PAIS**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0379

Autor: Franceschi Junior,

Título: Um começo de vida inesperado : a



972493268

Ac. 241651

Ex.1 UFSC BSCGSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0379

Ex.1

**FLORIANÓPOLIS – SC  
Semestre 2004/2**

**ADI FRANCESCHI JUNIOR  
LEILA PASSOS NEVES  
TATIANA LUCIA CAETANO**

**UM COMEÇO DE VIDA INESPERADO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA  
UNIDADE NEONATAL PROMOVENDO A FORMAÇÃO DO APEGO ENTRE  
RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS E SEUS PAIS**

**Relatório da Prática Assistencial de Conclusão  
de Curso de Graduação em Enfermagem  
Apresentado à Disciplina “Enfermagem  
Assistencial Aplicada” – VIIIª Unidade  
Curricular/UFSC.**

**ORIENTADORA:  
Profª Drª Marisa Monticelli**

**SUPERVISORAS:  
Enfª Janaína Mery Ribeiro  
Enfª Roberta Costa**

**TERCEIRO MEMBRO DA BANCA EXAMINADORA:  
Profª MSc. Ana Maria Farias da Silva**

**FLORIANÓPOLIS – SC  
Semestre 2004/2**



Tatiana, Janaína, Marisa, Adi, Leila e Roberta.

*“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Não importa quais sejam os obstáculos e as dificuldades. Se estamos possuídos de uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho”.*

*(Dalai Lama)*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, pelo dom da vida e por nos presentear com a oportunidade de presenciar o momento mais sublime da existência: o nascimento.*

*A nossa orientadora **Marisa Monticelli**, por ter aceitado orientar nosso trabalho, acolhendo e compartilhando nossas idéias, lançando sua luz sobre este estudo. Por ter trilhado conosco esta caminhada e por mostrar-se disponível. Pela dedicação na realização deste estudo, pelo conhecimento demonstrado, pelo jeito especial de nos acolher e por ser um exemplo de profissional dedicado à humanização do cuidado. Esteja certa de que seu exemplo e conhecimento se perpetuarão em nossa atuação profissional.*

*A nossas supervisoras, **Janaina e Roberta**, pela amizade, pelos ensinamentos e atenção com que nos receberam e pelas contribuições dadas ao nosso trabalho.*

*A professora **Ana Maria**, que com sua sabedoria e sensibilidade contribuiu para tornar mais rico este estudo.*

*Aos **profissionais da Unidade Neonatal**, pelo modo carinhoso que fomos recebidos, fazendo-nos sentir parte da própria equipe. Agradecemos pelas contribuições, pelo interesse e respeito demonstrados pelo nosso trabalho.*

*Aos **professores e servidores do Curso de Graduação em Enfermagem**, pelo aprendizado oportunizado, pelas trocas efetivadas e pelo saudável convívio acadêmico que nos proporcionaram.*

*Aos **colegas e amigos de turma**, agradecemos pela atenção, a palavra amiga, apoio e pela troca de experiências indispensável para o alcance de nossos ideais.*

*Em especial, aos **bebês internados na unidade neonatal e seus pais**, personagens essenciais deste estudo, pelo exemplo de força e perseverança e por nos ensinarem a valorizar a vida e lutar por ela.*

*Em especial do Adi...*

*Aos meus pais, **Adi e Pierina**, por terem me criado com o sentimento mais intenso que senti. Estejam certos que muito da minha personalidade, caráter e valores devem-se a criação digna que vocês me proporcionaram. Apesar da distância, o amor e a preocupação que demonstraram me fazem tê-los sempre junto a mim. À vocês, todo meu amor como admirador e principalmente como filho.*

*A minhas irmãs, **Sheline e Sheila**, pelo carinho com que convivemos até hoje. Vocês, junto com o pai e mãe, são minha força para continuar lutando frente às adversidades, aproveitar ao máximo cada momento e seguir sempre meus princípios, honrando os seus sentimentos e confiança em minha pessoa.*

*A minha família adotiva, **Laura, Junior e Danusa**, que me acolheram de forma magnífica, compartilhando alegrias, conquistas e dificuldades, formando um verdadeiro lar, e será certamente uma lembrança forte e sempre a ser recordada.*

*Aos meus **amigos** que permaneceram em Porto Alegre, mas que continuam comigo em lembranças e contatos mantidos durante minha trajetória acadêmica. Também uma referência aos amigos conquistados em Florianópolis, que fizeram a distância de minha terra natal e saudade da família serem amenizadas, ficarão gravados como as mais belas recordações da ilha da magia.*

*À Professora **Marta Verdi**, pela oportunidade de convivência durante a maior parte de minha vida acadêmica, sendo uma referência que procurarei seguir de competência profissional e pessoa honrada. Obrigado por permitir que compartilhasse de suas atuações e ideais.*

*Enfim, as minhas companheiras deste estudo, **Tatiana e Leila**, que confirmaram a sua competência profissional, trazendo o toque de sensibilidade que abrilhantou nosso trabalho e se irradiou em mim. Em cada momento que permanecemos reunidos, mostraram sua força como mulheres e pessoas, conquistando a minha admiração. A vocês, minhas amadas amigas, muito obrigado por permitirem fazer parte da sua trajetória, que tenho certeza, será gloriosa e muito especial, pois refletirá os louros de uma maneira que os verei onde eu estiver.*

*Em especial da Leila...*

*Aos meus pais, **Dalmo e Nilva**, minha eterna gratidão por terem me dado à vida e ensinado a vivê-la com honestidade, respeito, humildade e alegria. A vocês que por diversas vezes sacrificaram seus sonhos em favor dos meus, muito obrigada. Amo muito vocês!*

*Aos meus irmãos, **Jefferson e Mariana**, muito obrigada pelo apoio, carinho, amor e por alegrarem a minha vida. Vocês são muito importantes para mim!*

*Ao meu namorado, **Luis**, que me apoiou e incentivou durante todo o tempo. Muito obrigada pela atenção, carinho, paciência e amor dedicados a mim. Te amo!*

*Aos meus **amigos e familiares**, em especial as minhas avós Ruth e Dalcy, ao meu padrinho Nicola, aos meus tios Chico, Neusa, Elyanni, Niltinho, Nicéia e Tânia e as minhas amigas Helenara e Jamille. Sei que vocês sempre torceram por mim e pelo meu sucesso. Obrigada por tudo. Adoro todos vocês!*

***Fê, Jaque e Jú**, minhas “irmãs”! Vocês dividiram comigo diversos momentos, dos mais difíceis aos mais divertidos, obrigada por fazerem parte da minha vida e podem ter certeza que continuarão sempre em meu coração. Ficarei com saudades...*

*A minha amiga **Mariana**, que tem um coração enorme e que sempre mostrou disponibilidade para ouvir e ajudar no que fosse preciso. Apesar de termos personalidades diferentes, nos identificamos desde o início da faculdade. Sua amizade é muito especial para mim!*

*Finalmente, aos meus amigos de TCC, **Adi e Tati**, obrigada pelos momentos que passamos juntos. Agradeço o companheirismo, a amizade, a alegria e a união que nos permitiu realizar este trabalho. Vocês são pessoas muito especiais para mim e estarão sempre no meu pensamento. Admiro muito vocês!*

*Em especial da Tatiana...*

*Aos meus pais, **José e Josane**, muito obrigada pelo imenso amor que nos une e que me fortalece. Serei eternamente grata por todo apoio e dedicação que sempre tiveram por mim e que me tornaram uma mulher vencedora. Vocês são exemplos de dignidade, humildade e caráter. Nada no mundo se compara ao imenso amor que sinto por vocês.*

*Aos meus irmãos, **Anderson e Mariane**, obrigada por serem, antes de irmãos, amigos e companheiros, tornando meus dias mais alegres. Vocês são especiais para mim.*

*Ao meu marido, **José Lucas**, obrigada por compreender minhas ausências e fazer dos nossos momentos, os mais maravilhosos e inesquecíveis. Seu amor, apoio e compreensão são fundamentais em minha caminhada. Te amo muito!*

*Aos meus **amigos e familiares**, em especial meus tios Flávio, Josilane, Josué, Maurício e Albertina, meus avós Zilma e Acídio, meus primos e meus padrinhos Ângela e Mizinho, por sempre acreditarem e torcerem pelo meu sucesso. E aos meus queridos anjos que agora olham por mim lá do céu, obrigada pela proteção.*

*A minha grande amiga **Josiane**, mesmo que agora não tenhamos uma convivência tão próxima, saiba que você tem um lugar todo especial no meu coração.*

*Aos meus pequenos **Maria Eduarda, Lucas e Maria Fernanda**, por darem cor e brilho para meus dias. De uma maneira inocente me ensinam que a vida vale a pena.*

*Aos **amigos do GEHCE**, em especial a Professora Miriam, Valdete, Dorotéa e Neli, pelas palavras de carinho e incentivo que tanto me ajudaram nos momentos difíceis.*

*Aos companheiros de TCC, **Adi e Leila**, por estarem comigo na reta final de nossa jornada acadêmica. Os momentos que passamos juntos ficarão para sempre em minhas lembranças e nossa amizade ficará eternamente guardada em meu coração. Agradeço o apoio e a compreensão que tiveram comigo nos últimos meses enquanto me preparava para a nova etapa de minha vida. Adoro vocês!*

FRANCESCHI JUNIOR, Adi; NEVES, Leila Passos; CAETANO, Tatiana Lucia. **Um começo de vida inesperado:** assistência de enfermagem na Unidade Neonatal promovendo a formação do apego entre recém-nascidos prematuros e seus pais. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

## RESUMO

Trata-se de um relato de experiência realizado por acadêmicos da última fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sobre a prática assistencial realizada na Unidade Neonatal do Hospital Universitário da UFSC, no período de 30 de agosto de 2004 a 30 de outubro de 2004. O objetivo deste estudo foi prestar assistência de enfermagem aos recém-nascidos pré-termos e seus pais, focalizando o estabelecimento/fortalecimento dos vínculos familiares. Como referencial teórico para fundamentar a prática optou-se pela associação de duas teorias: Teoria do Apego, que está relacionada ao processo de formação do vínculo que ocorre entre os pais e o bebê, e Teoria da Adaptação da enfermeira Sister Callista Roy, que aborda os processos adaptativos do ser humano frente às situações vivenciadas. O marco conceitual, guia para a prática assistencial, foi constituído dos seguintes conceitos: ser humano, saúde/doença, ambiente, enfermagem, adaptação e formação do apego. Para implementação da prática adotou-se o processo de enfermagem, que conta com quatro fases: avaliação, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de metas e implementação e evolução, além de oficinas com os pais dos bebês pré-termos, para reflexão coletiva sobre o tema. O convívio com as famílias na Unidade Neonatal permitiu observar como o nascimento prematuro se constitui em uma situação de crise, sendo que esta pode prejudicar a formação do apego. Percebeu-se ainda a importância do apoio dos familiares, dos outros pais e dos profissionais neste momento, respeitando o tempo dos pais e incentivando-os a permanecerem com seus filhos, participando dos cuidados, inserindo-os no cotidiano da Unidade Neonatal. Considera-se que o papel da enfermagem é fundamental no processo de formação do vínculo, uma vez que estes profissionais estão em contato mais estreito e contínuo com as famílias e com os bebês, podendo avaliar e incentivar as respostas efetivas e trabalhar as respostas ineficientes que estejam prejudicando a formação do apego.

**PALAVRAS-CHAVE:** assistência de enfermagem; enfermagem neonatológica, recém-nascidos prematuros; formação do apego; processo adaptativo.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2. OBJETIVOS</b>	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	14
3.1 O recém-nascido: uma abordagem geral	14
3.2 O recém-nascido pré-termo	17
3.3 A unidade neonatal e as exigências assistenciais a ela relacionadas	31
3.4 A família	37
3.5 A enfermagem na unidade neonatal	41
<b>4 REFERÊNCIAL TEÓRICO</b>	43
4.1 Teoria do apego	43
4.2 Teoria da adaptação	49
4.3 Marco conceitual	52
<b>5 METODOLOGIA</b>	57
5.1 Descrição do local da prática assistencial	57
5.2 População-alvo	60
5.3 Processo de enfermagem	62
5.3.1 Avaliação	63
5.3.2 Diagnóstico de enfermagem	63
5.3.3 Estabelecimento de metas e implementação	64
5.3.4 Evolução	65
5.4 Questões éticas envolvidas na prática assistencial	65
5.5 Plano global de ação	66

<b>6 O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL</b>	70
6.1 Funcionamento e organização da unidade neonatal e aproximações com a equipe de saúde	70
6.2 Principais conhecimentos adquiridos durante a prática	73
6.3 O processo de enfermagem com os recém-nascidos e seus pais: trabalhando respostas adaptativas e incentivando a formação do apego	77
6.4 Refletindo em grupo sobre a experiência de ter um filho internado na unidade neonatal e sobre o estabelecimento do vínculo e as demandas adaptativas relacionadas ao evento	112
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	119
<b>REFERÊNCIAS</b>	122
<b>ANEXOS</b>	127
Anexo A – Certificados de eventos	128
<b>APÊNDICES</b>	137
Apêndice A – Instrumento para coleta de dados	138
Apêndice B – Instrumento diário para diagnóstico, metas, plano e implementação e evolução	144
Apêndice C – Termo de consentimento livre e esclarecido	145
Apêndice D – Autorização para realização e uso de registros fotográficos da prática assistencial na unidade neonatal do HU	146
Apêndice E – Processo de enfermagem	147

# 1 INTRODUÇÃO

*“Grandes realizações são possíveis quando se dá atenção aos pequenos  
começos.”  
(Lao Tse)*

Este estudo descreve o processo de elaboração, implementação e análise de uma prática assistencial desenvolvida para atender aos objetivos da VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como requisito parcial para a obtenção do título de graduando(a) em enfermagem. A prática assistencial propriamente dita, foi realizada no período de 30 de agosto à 30 de outubro de 2004 na Unidade de Neonatologia do Hospital Universitário. O trabalho foi realizado com recém-nascidos pré-termos ali internados e suas famílias, utilizando a Teoria da Formação do Apego (oriunda da Psicologia) e a Teoria da Adaptação de Sister Calista Roy (oriunda da enfermagem).

Com a proximidade do término do curso de graduação, percebemos a necessidade de aprofundar a assistência de enfermagem em uma área com a qual tivemos pouco contato durante o desenvolvimento de nossa aprendizagem profissional e que nos chamou a atenção, seja porque guarda uma íntima relação com o início da vida de todos e de cada um de nós, seja porque é uma área sobre a qual se expandem cada vez mais as demandas de atuação profissional, principalmente no cenário da enfermagem em nível hospitalar.

Durante o Curso, tivemos a oportunidade de cuidar de recém-nascidos, em sua grande maioria, a termo, e sem complicações clínicas graves que impedissem sua permanência no Alojamento Conjunto, ao lado das mães e em contato íntimo e acolhedor com seus pais e os outros membros das famílias e amigos. O aprendizado do cuidado de enfermagem neonatal em Alojamento Conjunto foi válido e importante do ponto de vista da nossa introdução no cenário assistencial em neonatologia, entretanto, deu-nos também a possibilidade de aguçar nossos sentidos para ampliar esse olhar e buscar inserir a assistência aos recém-nascidos que vêm ao mundo prematuros e que necessitam de cuidados especiais em unidades neonatais.

Durante o estágio curricular da disciplina “Enfermagem Obstétrica e Neonatológica”, integrante da VIIª Unidade Curricular, pudemos observar as diferentes reações dos pais que tinham seus bebês junto a si, no Alojamento Conjunto, e daqueles que, embora internados na mesma unidade, tinham seus filhos na Unidade Neonatal. Enquanto os primeiros apresentavam-se tranquilos e alegres por terem seus bebês junto a si, os segundos

demonstravam certa ansiedade, dúvidas e apreensão, frente à situação vivenciada, ainda que estivessem recebendo assistência na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), cuja filosofia de atenção à saúde procura sustentar-se em bases humanistas e com características de assistência interdisciplinar.

Diante da notícia de uma gestação, os pais precisam adaptar-se psicológica e socialmente, já que assumirão novos papéis com a chegada de um novo membro na família, e financeiramente, para suprir as necessidades, como vestuário, material de higiene e fraldas do bebê que, de certa forma, ainda está em processo de formação. Essas adaptações levam todo o período de uma gravidez normal para ocorrerem. Porém, a notícia da necessidade de internação do bebê em uma Unidade Neonatal é muitas vezes repentina, acarretando aos pais sentimentos negativos, tais como o medo, a angústia, a culpa e a incerteza. Essa situação inesperada provoca uma desestruturação familiar, devido aos sentimentos conflitantes que gera, e poderá culminar com o rompimento ou com a dificuldade na formação e manutenção do vínculo entre pais e filho(a).

É do senso comum que todo recém-nascido é um ser frágil e necessita de especial atenção nas primeiras horas de sua vida. Com a internação em uma Unidade Neonatal, associada com todo o aparato tecnológico dessa unidade, os pais acentuam essa imagem de fragilidade e dependência do bebê. Segundo Brasil (2002a), os pais devem superar o medo de ferir ou machucar seu filho. Eles vão também buscar adaptar-se às exigências normais causadas pelas dependências dessa criança. A presença e acesso irrestrito dos pais no ambiente neonatal favorecem a observação do seu filho(a), o toque precoce e a adaptação e manejo nos cuidados com seu bebê, possibilitando a criação e o fortalecimento dos laços afetivos após o nascimento.

O desenvolvimento do relacionamento entre a mãe e o seu bebê tem início nos eventos biológicos e comportamentais manifestados no momento da interação entre eles, seja já durante a gestação ou logo após o parto. Quando o nascimento ocorre antes do termo, esse contato inicial fica prejudicado e é adiado para quando o bebê se encontrar na Unidade Neonatal. Por isso, a equipe de saúde tem o papel de proporcionar um ambiente que favoreça esse contato inicial e íntimo dos pais com seu bebê (BRASIL, 2002a).

Para desenvolvermos uma assistência de enfermagem envolvendo os recém-nascidos pré-termos e seus pais em uma Unidade Neonatal e trabalharmos para proporcionar o estabelecimento/fortalecimento dos vínculos familiares, optamos por sustentar a nossa prática na Teoria do Apego, que resgata o sentimento de “competência” dos pais para amarem e cuidarem de seu filho, exercendo a maternagem e a paternagem, e na Teoria da Adaptação, da

enfermeira Sister Calista Roy, já que a mesma aponta caminhos teórico-metodológicos para ajudar a enfermagem a facilitar os processos de transição da vida humana (como é o caso do nascimento prematuro). Entendemos que esse processo é transicional, tanto para o bebê, quanto para os seus pais, pois todos necessitam de um tempo adicional para acolher a mudança e fazer a passagem de dentro para fora do útero, com a maior segurança possível.

Acreditamos que este trabalho pode contribuir para as políticas de humanização em Unidades Neonatais, em que o recém-nascido pré-termo possa ser visto como um cidadão pleno de direitos, a família possa ter o direito à participação efetiva e próxima do(a) novo(a) integrante, ainda que esteja passando por um momento tão frágil e delicado, e que a enfermagem contribua no amadurecimento e fortalecimento das relações pais-bebê, incentivando e fortalecendo o pleno estabelecimento do vínculo familiar.

## 2 OBJETIVOS

*“Nenhum vento ajuda a quem não sabe para que porto deseja velejar”.*  
(Montaignes)

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Prestar assistência de enfermagem aos recém-nascidos pré-termos internados na Unidade Neonatal do HU/UFSC e seus pais, com base na Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy e na Teoria do Apego, focalizando o estabelecimento/fortalecimento dos vínculos familiares.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o funcionamento e a organização da Unidade Neonatal do HU/UFSC, interagindo com a equipe interdisciplinar.
- Aprofundar conhecimentos sobre recém-nascidos, em especial os pré-termos internados em Unidade Neonatal, e sobre o processo de formação do apego.
- Desenvolver o processo de enfermagem com os recém-nascidos e seus pais, identificando e trabalhando as respostas adaptativas ineficientes que estejam prejudicando a formação do apego, assim como as respostas eficientes que contribuam para o mesmo processo.
- Promover encontros coletivos com os pais de recém-nascidos que estejam vivenciando a experiência comum de ter um filho pré-termo internado na Unidade Neonatal, buscando refletir em grupo sobre o estabelecimento do vínculo e as demandas adaptativas relacionadas ao evento.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

*“Não basta saber, é preciso aplicar, não basta querer, é preciso fazer”.*

*(Goethe)*

A qualidade do trabalho que desenvolvemos dependeu muito do conhecimento adquirido antes da prática propriamente dita. Portanto, a revisão de literatura trouxe a referência dos assuntos necessários para aplicarmos às propostas do estudo, bem como ajudou a atingir os objetivos traçados. Neste capítulo, abordaremos essencialmente aqueles conteúdos que foram preponderantes para dar início ao processo de cuidar do recém-nascido pré-termo, focalizando a formação do apego com seus pais e a adaptação dos mesmos ao evento inesperado.

Achamos necessário acrescentar dois temas essenciais à prática em que nos propomos realizar: a família e a enfermagem na Unidade Neonatal, assuntos estes fundamentais para o entendimento das ações apresentadas pelos envolvidos para a formação do vínculo.

Os conhecimentos adquiridos durante a prática assistencial, exceto aqueles relacionados com o bebê pré-termo, serão abordados no capítulo referente à descrição dos resultados obtidos no decorrer de nossas atividades com os recém-nascidos prematuros e seus pais. Os assuntos revisados foram: os estados comportamentais do bebê, o sistema sensorial do recém-nascido, a percepção dolorosa do pré-termo, o bebê em fototerapia e o processo de alimentação do neonato.

#### 3.1 O RECÉM-NASCIDO: ABORDAGEM GERAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (apud OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002), recém-nascido é o termo utilizado para a criança desde o ato do seu nascimento até o vigésimo oitavo dia.

O recém-nascido (RN) é um ser dotado de capacidades sensoriais e possibilidades de interação com o ambiente. No entanto, necessita de um longo período de adaptação à vida extra-uterina, sendo, por conseguinte bastante frágil diante das situações que envolvam alterações de seus sistemas vitais ou o exponham a ambientes nocivos (MIURA; PROCIANOY et al, 1997 apud BARDT; D'ÁVILA; ZELLNER, 2004).

Quanto à classificação ao nascer, Oliveira e Monticelli (2002) argumentam que a mesma é essencial, pois dela dependerá a qualidade e a adaptação da assistência que deverá ser prestada ao RN, de acordo com suas características de crescimento e desenvolvimento intra-uterino. A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda que todos os bebês sejam classificados de acordo com o peso ao nascer, a idade gestacional e alguns padrões de crescimento intra-uterino. Já a OMS adota em sua classificação apenas o peso e a idade gestacional.

Um método bastante utilizado é a Avaliação Somática de Capurro, que contempla diversas variáveis: textura da pele, forma da orelha, glândula mamária, pregas plantares e formação do mamilo. Este método informa o número de semanas e dias do RN, apoiado pelos conceitos preconizados por Lubchenco et al (apud OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002), quais sejam: pré-termo (cuja idade gestacional é menor que 37 semanas incompletas); a termo (cuja idade gestacional situa-se entre 37 semanas completas e 42 semanas incompletas); e pós-termo (cuja idade gestacional é superior a 42 semanas completas).

Outro método utilizado no Brasil, ainda de acordo com Oliveira e Monticelli (2002), é o de Battaglia e Lubchenco, que visa comparar a idade gestacional com o peso do RN. Este método é imprescindível, já que permite avaliar se o RN é PIG (pequeno para a idade gestacional), AIG (adequado para a idade gestacional) ou GIG (grande para a idade gestacional). Esta classificação contribui para nivelar diferenças clínicas fundamentais entre crianças de tamanho semelhante, mas de idades gestacionais diversas.

Quanto às capacidades sensoriais neonatais, pode-se dizer que o recém-nascido não só percebe o ambiente, como também tenta controlá-lo através do comportamento. É capaz de ouvir, ver e distinguir entre cheiros e gostos; responde ao toque e aos movimentos, defende-se dos estímulos e dá sinais que podem satisfazer às suas necessidades. Combinadas com as características físicas atraentes do recém-nascido, as capacidades sensoriais têm um papel importante na ligação entre pais e filhos (KENNER, 2001).

A descrição das capacidades sensoriais relacionadas à visão, audição, tato, paladar e olfato será feita de modo sucinto, considerando-se a média dos recém-nascidos a termo. Neste sentido, Kenner (2001) aborda a **visão**, descrevendo que a acuidade visual do bebê é limitada a uma distância de aproximadamente 23 a 30,5 cm e tem preferência por formas geométricas como quadrados, retângulos ou círculos de cerca de 7,5 cm de diâmetro. Imagens em preto e branco prendem o olhar da criança por mais tempo que as imagens coloridas. O recém-nascido parece achar a face humana curiosa, e normalmente fixa o olhar



intencionalmente em uma face próxima, como durante a amamentação e a demonstração de afeto. Tal comportamento reforça intensamente a ligação entre pais e filhos.

A acuidade visual melhora rapidamente, em torno dos seis meses, sendo que aí o bebê alcança a do nível adulto. Sensível à luz, o recém-nascido faz caretas ou franze as sobrancelhas e vira a cabeça para longe do brilho da luz dirigida, e abre os olhos prontamente em um quarto escuro. Assim, reduzindo a luz, os pais podem melhorar o contato visual com o recém-nascido, facilitando a interação (KENNER, 2001). Geralmente o recém-nascido fixa e acompanha os olhos dos pais. Enquanto encara o rosto deles, o bebê pode parecer imitar a expressão facial, retribuindo assim a resposta dos mesmos.

No que diz respeito à **audição**, Kenner (2001) descreve que a mesma está presente ainda na vida intra-uterina. De acordo com a autora, o feto pode ouvir sons extra-uterinos (por exemplo, vozes ou músicas) bem como ruídos que se originam nos sistemas corporais maternos. Logo após o nascimento, o recém-nascido vira-se em direção a sons e se assusta com ruídos altos. Capaz de distinguir sons com base na frequência, na intensidade e no padrão, o recém-nascido responde mais rapidamente a sons abaixo de 4.000 Hz (a fala humana em geral está entre 500 e 900 Hz).

O neonato responde de maneira variada a diferentes tons de vozes. A maioria das mulheres tem voz de maior frequência do que os homens e instintivamente elas elevam a frequência quando falam com o bebê. Uma voz de alta frequência atrai a atenção do recém-nascido, que se vira em direção ao som com maior agilidade. Em contraste, a voz masculina de baixa frequência parece ter um efeito mais calmante. As mães comumente usam este efeito falando em tom mais grave, na tentativa de acalmar ou consolar o neonato (KENNER, 2001, p. 24).

Sobre o **toque**, Kenner (2001) afirma que o bebê tem uma percepção tátil bem desenvolvida, sendo que as áreas corporais mais sensíveis incluem a face (especialmente em torno da boca), as mãos e as plantas dos pés.

Alterações fisiológicas associadas à dor no bebê incluem o aumento da pressão arterial e frequência cardíaca durante e após os procedimentos dolorosos, notando-se aumento da sudorese plantar e acentuadas alterações hormonais. Do mesmo modo, os estímulos dolorosos produzem respostas motoras simples (flexão e adução das extremidades), expressões faciais distintas (dor, tristeza e surpresa) e choro característico.

Outro fato importante a respeito do toque e que tem repercussão na relação entre pais-bebê, é o estímulo cutâneo agradável que induz o relaxamento muscular da criança. O toque leve na face, nas extremidades e no tronco do bebê proporcionado pela mãe, resulta na diminuição dos movimentos do tônus muscular do neonato, cessando o choro e reforçando o elo materno.

A movimentação e o toque estimulam sensorialmente o recém-nascido, produzindo vigilância e respostas de atenção e orientação. Isto estimula o desenvolvimento do bebê e a interação dele com seus pais. É importante salientar que a movimentação em demasia pode deixar o bebê cansado (KENNER, 2001).

Quanto ao **paladar**, os estudos revelam que o bebê é capaz de distinguir os sabores a partir do primeiro ou segundo dia de vida. Ao provar uma solução doce produz uma sucção satisfeita. Já com uma solução azeda, costuma distanciar a cabeça, cessando a sucção e demonstrando uma expressão facial zangada (KENNER, 2001).

Com relação ao **olfato**, sabe-se na atualidade que o recém-nascido reage a odores fortes através do afastamento da cabeça e que a capacidade olfatória aumenta nos primeiros quatro dias após o nascimento.

### 3.2 O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Recém-nascido pré-termo (RNPT) é toda a criança nascida viva, antes de completar trinta e sete semanas completas de gestação. O nascimento de uma criança prematura é considerado um período clínico de cuidados extremos com o bebê, devido a sua alta taxa de morbidade e mortalidade neonatais, associadas principalmente com a prematuridade e o baixo peso (BRASIL, 2002b; OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002).

A classificação dos recém-nascidos pré-termos leva em conta alguns critérios diferentes dos métodos utilizados para classificar os recém-nascidos de modo geral, conforme apontamos anteriormente. O pré-termo pode ser classificado de acordo com a sua idade gestacional, seu peso e através de suas características físicas. De acordo com a idade gestacional, Viegas e Silva (1996 apud BARDT; D'AVILA; ZELLNER, 2004) classificam os recém-nascidos pré-termo em três grupos: limítrofes, moderados e extremos. A seguir, descreveremos sucintamente, cada um desses grupos.

#### **Prematuridade Limítrofe (37 – 38 semanas)**

São bebês que pesam em média 2.500 a 3.250 gramas e necessitam de observação nas primeiras doze horas de vida. Estes recém-nascidos geralmente apresentam sucção débil, perda de peso acentuada superável com estímulo constante à sucção no seio materno e complementação transitória das necessidades calóricas, instabilidade térmica, necessitando de aquecimento externo, icterícia intensa e síndrome da membrana hialina. Os bebês com prematuridade limítrofe têm prognóstico variável e a síndrome da membrana hialina é a principal causa de óbitos.

**Prematuridade Moderada (31 – 36 semanas)**

Pesam em média 1.500 a 2.500 gramas, podendo apresentar hipotermia, hipocalcemia, acidose metabólica tardia, anemia, dificuldade na alimentação (sendo alimentadas geralmente por gavagem pilórica), nutrição parenteral prolongada. Os recém-nascidos com este nível de prematuridade apresentam prognóstico variável e as principais causas dos óbitos são: síndrome da membrana hialina, malformações congênitas, infecções e anóxia.

**Prematuridade Extrema (24 – 30 semanas)**

São recém-nascidos com peso entre 500 e 1.500 gramas e costumam apresentar os mesmos problemas clínicos descritos para os bebês de prematuridade moderada, porém neste grupo as intercorrências são mais graves, provavelmente devido a maior imaturidade. Alguns recém-nascidos apresentam como prognóstico, seqüelas neuropsicomotoras graves. As principais causas dos óbitos são: anóxia, meningite, septicemia, persistência do canal arterial e enterocolite necrosante.

Em relação ao peso, segundo a Organização Mundial de Saúde, o recém-nascido é classificado como:

**Recém-nascido de baixo peso:** com peso do nascimento entre 1.500g e 2.500g, com peso exatamente igual a 2.500g não é baixo peso.

**Recém-nascido de muito baixo peso:** com peso entre 1.000g e 1.499g.

**Recém-nascido de muito muito baixo peso:** com peso de nascimento menor ou igual a 999g.

No caso específico das crianças pré-termo com menos de 1.500 gramas, por ser o Método de Capurro inadequado, utiliza-se o Método de Ballard, que leva em consideração as seguintes variáveis: pele, lanugem (no dorso), seio, orelha, sulcos plantares e genitais masculinos e femininos.

Quanto às características gerais do recém-nascido pré-termo, observa-se que por não ter completado todo seu desenvolvimento dentro do ambiente intra-uterino, a criança apresenta particularidades que merecem atenção da equipe responsável por seu cuidado e de sua família, até completar seu desenvolvimento na vida extra-uterina.

Como o tecido adiposo do bebê não teve seu desenvolvimento completo, o qual se processa no final do último trimestre, apresenta uma fâcie senil. O recém-nascido pré-termo possui os olhos com dimensões exageradas em relação à face, e freqüentemente demonstra um certo grau de exoftalmia. Nota-se pescoço curto e queixo normalmente apoiando-se diretamente na caixa torácica. Quanto à vitalidade, o recém-nascido pré-termo geralmente é

fraco, sonolento, apresentando choro fraco, sucção débil ou ausente (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002).

De acordo com Oliveira e Monticelli (2002), Kenner (2001) e Brasil (2002b), o bebê pré-termo apresenta características morfológicas peculiares.

O **peso** do bebê pré-termo é importante para se determinar à sobrevivência dele nos primeiros dias de vida extra-uterina. Isso é demonstrado através da relação em que quanto menor o peso, maior a taxa de mortalidade. Além disso, a recuperação de peso do pré-termo inicia-se, na maioria dos casos, somente após 15 ou 20 dias, sendo mais lenta do que no bebê a termo, devido a sua perda de peso fisiológica ser mais acentuada. (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002).

A **estatura** do pré-termo oscila entre 25 e 47 cm. É um parâmetro utilizado para se verificar a maturidade do bebê porque tem pouca influência de outros fatores durante a vida intra-uterina; sendo, portanto, constante no período gestacional (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002).

No que diz respeito ao **perímetro craniano**, Oliveira e Monticelli (2002) afirmam que tem sua medida em torno de 25 e 32,5 cm. É importante observar que o crânio do pré-termo tem forma arredondada ou oval. As fontanelas e suturas estão quase fechadas, sendo que se ampliam na segunda semana de vida. O **perímetro torácico** oscila entre 28,8 e 29,5 cm. O **abdômen** é volumoso e quase sempre muito distendido por gases, deixando perceber a arborização venosa superficial devido à transparência da pele no local. O umbigo localiza-se mais perto da sínfise púbica do que do apêndice xifóide.

Os **membros** são curtos, débeis e enfraquecidos, inteiramente hipotônicos, ao contrário da hipertonia fisiológica demonstrada no recém-nascido a termo. As unhas são moles e não atingem o rebordo digital. As pregas plantares estão normalmente limitadas à região anterior da planta dos pés (BRASIL, 2002b).

Segundo Oliveira e Monticelli (2002), a **pele** tem coloração avermelhada ou pálida, além de ser delicada. A fragilidade capilar é notável, observando-se lanugem abundante nas extremidades e manchas de aspecto purpúreo, principalmente na face constituindo a “máscara equimótica”. Apresenta edemas devido a sua imaturidade renal, mas sem grave significação prognóstica.

Quanto aos **genitais**, é importante observar que, no sexo masculino, os testículos encontram-se na cavidade abdominal e a bolsa escrotal está incompletamente formada, estando aderida à região do períneo. Alguns dias após o nascimento, com a descida testicular, a bolsa se forma e se torna pendente. No sexo feminino, o aspecto da genitália é grotesco e

rudimentar, mostrando-se tumefeita e inchada. Os grandes lábios estão muito afastados e os pequenos lábios quase ausentes, dando a região um aspecto deformado. Devido a prematuridade, os fenômenos pubertários, tumefação mamária e hidrocele fisiológica não são observados em nenhum dos dois sexos (BRASIL, 2002b; OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002).

No que diz respeito aos **reflexos**, destaca-se que o de Moro está incompleto na 24ª semana, sendo que na 28ª semana se encontra completo, porém débil. O reflexo de sucção aparece na 24ª semana, e na 32ª semana ele ainda não é sincrônico com a deglutição, não permitindo a alimentação da criança ao seio materno, só ocorrendo a partir da 34ª semana. No reflexo perioral observa-se que o bebê movimenta sua cabeça em direção ao estímulo, de forma débil, entre a 24ª e 28ª semana. No entanto, por volta da 32ª semana, este reflexo já se apresenta de forma energética. Os movimentos de marcha verificam-se a partir da 34ª semana, sendo que a partir da 37ª semana observa-se o reflexo sobre as pontas dos pés e na 40ª semana o bebê apóia as plantas dos pés completamente no solo (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002).

Quanto às características funcionais, aponta-se que o **aparelho respiratório** do pré-termo é bastante imaturo, por isso o mesmo geralmente possui dificuldade respiratória causada pelo reduzido número de capilares em contato com os alvéolos imaturos e a fragilidade dos músculos intercostais, levando a uma expansão pulmonar deficiente. Por causa desses fatores, o recém-nascido pré-termo pode apresentar crises de cianose nas primeiras semanas de vida, com apnéia, respiração periódica, tiragem subcostal e movimentos respiratórios superficiais e irregulares, do tipo abdominal. À ausculta podem ocorrer fins estertores e a frequência respiratória é em média de 58 mpm (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002; MARCONDES, 1985).

No **aparelho circulatório** ocorre uma tendência a hemorragias cutâneas e mucosas, causada pela resistência diminuída dos vasos sangüíneos e anormalidade do mecanismo de coagulação sangüínea. O coração apresenta-se relativamente grande e a frequência cardíaca é em média de 130 bpm. A taquicardia pode acontecer devido ao desenvolvimento insuficiente do centro inibidor cardíaco (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002).

Quanto ao **aparelho digestivo** do pré-termo, geralmente os reflexos de deglutição e sucção estão ausentes ou débeis. Ocorre também distensão abdominal devido à flacidez da cárdia e à hipotonia do piloro. Esses fatores favorecem a regurgitação, que também pode acontecer devido a excesso alimentar. Pode apresentar diarréia causada por infecção enteral ou parenteral, tolerância diminuída aos alimentos e deficiência enzimática (amilase e lipase pancreática). O pré-termo possui uma menor capacidade gástrica quando comparado com um

recém-nascido a termo. Ocorrem também digestão e absorção insuficientes, que podem originar inúmeras perturbações digestivas.

Apresenta imaturidade hepática, com conseqüentes deficiências funcionais, levando a hipoglicemias, hipoproteinemias, hipotrombinemias e hiperbilirrubinemias. Devido à deficiência enzimática ao nível hepático do recém-nascido pré-termo, o mesmo apresenta icterícia fisiológica mais intensa e prolongada que o recém-nascido a termo (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002; SCHMITZ et al, 1995).

No **aparelho urinário** a função renal é deficiente, pois o rim apresenta-se pobre em capilares; os glomérulos e néfrons ainda estão em desenvolvimento. Devido a esses fatores, ocorre uma diminuição da filtração glomerular e da função tubular, prejudicando a eliminação de sódio, uréia, fósforo, potássio e cloretos, tendendo ao edema, causado pela retenção hídrica e também em parte à acidose. A urina é pobre em volume, rica em uratos e bastante ácida (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002; SCHMITZ et al, 1995).

O **sistema termorregulador** também se apresenta imaturo. Devido ao baixo metabolismo basal, a pequena atividade muscular e a pequena ingestão alimentar nos primeiros dias de vida, ocorre uma insuficiência na produção de calor. O recém-nascido pré-termo possui labilidade térmica, devido à escassez do tecido subcutâneo e a relação superfície corporal/ambiente (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002; SCHMITZ et al, 1995).

Quanto ao **sistema nervoso**, os estudos mostram que o pré-termo apresenta mielinização incompleta das sinapses nervosas e devido a isso os reflexos estão abolidos ou diminuídos. Funcionam precariamente os reflexos de sucção, deglutição e tosse, e também os da vida vegetativa, que são: termorregulação, contrações cardíacas e respiração (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002).

Em relação ao **equilíbrio ácido-básico**, nota-se que “o recém-nascido pré-termo tem uma certa tendência à acidose. Processos infecciosos pulmonares ou intestinais, alimentação incorreta, falta de líquidos e desenvolvimento incompleto dos rins pode alterar sua reserva alcalina habitualmente baixa e variável” (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002, p. 289).

Apresentamos a seguir um quadro comparativo entre as características do recém-nascido pré-termo e a termo.

CARACTERÍSTICAS	RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO	RECÉM-NASCIDO A TERMO
Pregas plantares	Unicamente pregas transversas anteriores	Planta coberta de pregas
Diâmetro do nódulo mamário	2 a 4 mm	5 a 7 mm
Cabelo	Fino e escasso	Sedoso e cheio
Lóbulo da orelha	Pregável, ausência ou escassez de cartilagem	Rígida, com cartilagens
Genitália masculina	Testículos no canal inferior, escroto pequeno com escassez de rugas	Testículo na bolsa escrotal, rugas amplas
Genitália feminina	Pequenos lábios não cobertos pelos grandes lábios	Pequenos lábios cobertos pelos grandes lábios
Unhas	Moles, atingem no máximo a ponta dos dedos	Projetam-se além da ponta dos dedos
Pele	Pregueada e vermelha, pouca gordura subcutânea	Rósea e lisa, presença de gordura subcutânea
Vitalidade	Fraco e preguiçoso, sonolento, choro fraco, sucção fraca ou ausente	Forte e ativo, acorda para mamar, choro forte
Comprimento	Menos de 47 cm	Mais de 47 cm
Peso	2.500 gramas ou menos	Acima de 2.500 gramas
Perímetro cefálico	Menos de 33 cm	Mais de 33 cm
Perímetro torácico	Menos de 29 cm	Mais de 29 cm
Umbigo	Mais perto da sínfise pubiana	Entre a sínfise pubiana e o apêndice xifóide

Fonte: Crosse, 1990 (modificado) (apud OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002).

Avery (apud MENDES, 1997) descreve a capacidade do feto com 15 semanas de gestação, de perceber, em quase toda a sua extensão corporal, estímulos táteis. Os bebês com 30 semanas ou menos são capazes de manifestar o reconhecimento de alterações de pressão pelo seu corpo. Kenner (2001) afirma que muitos estudos demonstram que o contato pele a pele com o bebê prematuro resulta em estabilidade dos sinais vitais, termorregulação e padrões positivos de crescimento.

Em uma Unidade Neonatal, freqüentemente um RN é manipulado em torno de 150 vezes ao dia, com menos de 10 minutos de repouso entre os cuidados. As conseqüências da interrupção do sono e repouso dos bebês podem acarretar distúrbios emocionais e orgânicos.

Quanto aos **aspectos psicoafetivos** envolvidos na relação e interação pais-bebê, durante a internação em Unidade Neonatal, é imprescindível destacar que os avanços da ciência estão fazendo com que os bebês pré-termo sejam salvos cada vez mais, e a preocupação da equipe de saúde com a qualidade de vida desses bebês tem aumentado significativamente. Profissionais e estudiosos têm se perguntado cada vez mais sobre o sentimento do bebê internado numa Unidade Neonatal. O bebê pré-termo é considerado como sujeito e não como objeto de cuidados, respeitando a individualidade do bebê como ser humano. Assim como é importante cuidarmos do organismo do bebê como um todo, não podemos nos esquecer da importância das interações entre o bebê pré-termo e seus pais (BRASIL, 2002a).

Atualmente se reconhece a importância vital de uma relação estável e permanente durante os primeiros anos de vida, mesmo quando o bebê é pré-termo. As relações iniciais entre o bebê e seus pais são consideradas o protótipo de todas as relações sociais futuras (BRASIL, 2002a, p. 35).

Assim como o bebê a termo necessita de carinho, afeto e cuidado por parte de seus pais, o bebê pré-termo também precisa, talvez até com maior intensidade, devido às suas condições de saúde. Entretanto, o recém-nascido pré-termo é separado de seus pais após o nascimento, por causa de suas condições clínicas, para que seja cuidado pelos profissionais de saúde. Assim como o recém-nascido a termo, o recém-nascido pré-termo precisa ter seu desenvolvimento afetivo mantido e estimulado pela presença de seus pais, que é de extrema importância para o processo de formação do vínculo (BRASIL, 2002a).

O envolvimento entre os pais e um novo bebê não ocorre da noite para o dia; este é considerado um processo contínuo. Um dos fatores que auxilia para a formação e/ou fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê, está no fato dos pais poderem ver, tocar e cuidar do bebê. Com uma criança pré-termo, logo após o nascimento, nem sempre os pais podem ver e tocar seu filho, isto vai depender das condições clínicas dele. A equipe de saúde deve deixar que esse contato ocorra, interferindo apenas quando necessário e propiciando um ambiente acolhedor.

Para amenizarmos a separação e evitarmos rupturas na relação pais-bebê, devemos favorecer a qualidade de vida da criança pré-termo nesse momento, melhorando e estimulando a interação do bebê com seus pais, respeitando seus ritmos, bem como de suas condições físicas, tendo o cuidado de não privá-lo dessa interação.



A seguir descreveremos os assuntos que revisamos durante nossa prática assistencial e que estejam relacionados com o recém-nascido pré-termo.

Um dos temas revisitados foi sobre **os estados comportamentais do recém-nascido**, que compreende os estados de consciência desde o sono profundo até o choro. Nestes períodos podem ser observados: qualidade de cada estado, variabilidade, estabilidade, transições e estado dominante (BRASIL, 2000a). Conforme Brazelton (apud BRASIL, 2000a), os estados comportamentais são seis:

**Estado 1 – Sono profundo:** os olhos permanecem firmemente fechados, a respiração é profunda e com ritmo regular. O neonato não apresenta quase nenhuma atividade motora. Podem ocorrer pequenos sobressaltos, porém são eventuais e separados por longos intervalos.

**Estado 2 – Sono leve** (similar ao sono REM = movimentos rápidos dos olhos): os olhos estão fechados, contudo, apresentam movimentos eventuais. A frequência respiratória aumenta e o ritmo torna-se irregular. O bebê apresenta manifestações faciais, como sorrisos e caretas. Realiza movimentos corporais, desde pequenas contrações até espreguiçamento.

**Estado 3 – Sonolência:** os olhos abrem e fecham, podendo permanecer por mais tempo abertos, porém com aparência entorpecida. Podem ocorrer movimentos suaves de braços e pernas.

**Estado 4 – Alerta inativo:** o recém-nascido está relativamente inativo, com os olhos de aparência brilhante e a respiração regular. Responde aos estímulos visuais e auditivos facilmente. É o estado que mais favorece a interação.

**Estado 5 – Alerta ativo:** os olhos permanecem abertos e há intensa atividade corporal. O bebê pode estar choroso ou protestando.

**Estado 6 – Choro:** o recém-nascido apresenta choro intenso.

No bebê pré-termo, a fase inicial é o sono leve, que dura cerca de 30 minutos, até chegar ao sono profundo, que pode durar cerca de 20 minutos. O ciclo completo pode variar de 55 a 90 minutos. O estado de sono profundo é o que apresenta o maior nível de oxigenação. Este período parece servir para o repouso e organização do sistema nervoso do bebê, que ainda está imaturo, podendo ser necessário para a cura. Os recém-nascidos pré-termos, principalmente no primeiro mês de vida, têm períodos maiores de sono que o bebê a termo.

Ainda relacionada às características do recém-nascido pré-termo, realizamos uma revisão relativa aos **sistemas sensoriais desses bebês**. Alguns dos itens aqui mencionados foram debatidos com nossas supervisoras nos primeiros dias de estágio, uma vez que contribuíam para auxiliar a enfermagem a se instrumentalizar para a atenção à saúde

emocional dos recém-nascidos. Além de tudo, esses conhecimentos foram explicitamente relevantes para o trabalho que desenvolvemos com os bebês e seus pais, já que os mesmos, ao compreenderem os estados comportamentais dos filhos, passavam a respeitá-los e também a utilizá-los como estratégias para decidir quais eram os melhores momentos para se aproximarem e interagirem, ou para calarem e acariciarem.

Segundo Brasil (2000a), os sistemas se desenvolvem ainda no período intra-uterino, seguindo a seguinte ordem: tátil, vestibular, auditivo, olfativo/gustativo e visual. Esses sistemas funcionam mesmo que suas estruturas não estejam completamente amadurecidas.

O bebê pré-termo apresenta diferenças no desempenho neurofuncional já que existem alterações em seu cérebro. A ativação precoce das vias corticais inibe algumas diferenciações tardias, alterando o processo de poda e interferindo no desenvolvimento do sistema transmodal e das conexões pré-frontais (BRASIL, 2000a).

Na Unidade Neonatal, o recém-nascido prematuro encontra um ambiente completamente diverso do uterino, já que não está mais em meio aquoso, está sob ação da gravidade e enfrentando dificuldades clínicas. Está submetido a vários tipos de toque, desde o intrusivo até o interacional, geralmente com seus pais (BRASIL, 2000a).

No ambiente da incubadora, o neonato pré-termo gasta uma parcela considerável de energia na busca de limites, movendo-se incessantemente até encontrá-lo. Para evitar esse gasto energético, existem estratégias como fornecer contenção adequada para o corpo todo: cabeça, tronco, quadril e membros inferiores e superfície de contato ventral, permitindo que o bebê possa explorar manualmente a face e a boca. Esta contenção pode ser realizada com rolinhos de tecido, fabricando um “ninho” (BRASIL, 2000a).

Segundo Brasil (2000a), o toque muito leve deve ser evitado, pois geralmente o bebê pré-termo reage de modo negativo a ele. Portanto, o toque deve ser feito com as mãos paradas, sem pressão excessiva, permitindo os movimentos do recém-nascido (contenção elástica). Os pais, e a equipe devem ser orientados quanto à forma mais adequada de tocar o bebê prematuro.

Durante os procedimentos, deve-se ter a atenção focalizada no sentido de garantir a estabilidade e a organização do bebê, sendo que os pais podem ser orientados a auxiliar nessa organização, sempre que se sentirem seguros para isso. A equipe deve estar atenta às reações do neonato, buscando individualizar a assistência (BRASIL, 2000a).

Em relação ao sistema vestibular, o segundo a se desenvolver, o bebê pré-termo recebe poucos estímulos durante sua internação numa Unidade Neonatal. Porém, a função

desse sistema pode ser afetada pelo uso de antibióticos aminoglicosídeos (gentamicina e amicacina), podendo o bebê apresentar atraso no controle da cabeça e anormalidades na testagem vestibular. A estimulação suave, através de movimentos lentos, pode ajudar a consolar o bebê e movimentos rápidos podem auxiliar no momento de despertá-lo e mantê-lo alerta (BRASIL, 2000a).

Conforme Brasil (2000a), o terceiro sistema a amadurecer anatômica e fisiologicamente é o auditivo. Na Unidade Neonatal, o bebê perde a proteção do líquido amniótico e passa a escutar por via aérea, elevando com isso os níveis de ruído que deveriam ser de no máximo 55 dB.

Os ruídos na unidade de internação têm efeitos diretos sobre o bebê, tais como: diminuição da saturação de oxigênio, aumento das frequências cardíaca e respiratória e da pressão intracraniana, susto, dor, dificuldade de manter o sono profundo e redução das habilidades perceptivas auditivas (BRASIL, 2000a). A enfermagem possui papel fundamental na implementação de ações que visem diminuir os níveis de ruído na Unidade Neonatal, tais como realizar a passagem de plantão em local mais afastado possível dos bebês, diminuir a campainha do telefone, manusear com delicadeza os equipamentos, entre outros.

No que se refere aos sistemas olfativo e gustativo, as intervenções são no sentido de se evitar o uso de substâncias com odores fortes e se utilizar o leite materno como estímulo positivo tanto olfativo, como gustativo (BRASIL, 2000a).

O sistema visual é o último a se desenvolver, sendo que a maior parte de sua maturação ocorre após o nascimento. O bebê pré-termo possui uma anatomia ocular que o faz responder de maneira diferenciada a níveis elevados de iluminação, já que uma maior quantidade de luz atinge sua retina. Níveis intensos de luz podem intervir no ciclo circadiano do neonato, privando-o do sono. Além disso, priva o bebê de abrir os olhos e explorar o ambiente, podendo causar alterações endócrinas. Aumento repentino de luz também está relacionado à queda de saturação de O<sub>2</sub> (BRASIL, 2000a).

As intervenções de enfermagem, relacionadas ao sistema visual, têm por objetivo controlar a quantidade de luz que chega até o bebê, podendo para isso ser usado coberturas nas incubadoras (desde que permitam visualização do bebê e que este esteja monitorizado), evitar meio ambiente visual tumultuado dentro da incubadora, utilizar ciclos dia/noite, entre outros. Durante a prática, foram inúmeras as vezes em que usamos tais estratégias e auxiliamos os pais a adotá-las.

Uma preocupação importante para a enfermagem é a **percepção dolorosa do recém-nascido pré-termo**, já que eles são mais sensíveis à dor. Isso ocorre devido à

imaturidade do sistema endórfico, diminuição de neurotransmissores inibitórios da dor, produzindo respostas mais prolongadas, despolarização neuronal excessiva levando a excitotoxicidade nos pequenos circuitos locais e incompleto desenvolvimento do hipotálamo (BRASIL, 2000a). Esta é uma questão muito relevante de ser compreendida, já que muitas pessoas da família e algumas vezes até da própria equipe não valorizam a dor do recém-nascido.

As demonstrações de dor nos recém-nascidos ocorrem por meio de respostas comportamentais como o choro, porém, 50% dos pré-termos podem não chorar diante de um estímulo doloroso, o que claramente não significa ausência de dor. Bebês prematuros podem apresentar alterações fisiológicas, como aumento da frequência cardíaca, respiratória e da pressão arterial, variabilidade da saturação de O<sub>2</sub> e aumento nos níveis de cortisol (BRASIL, 2000a).

Para minimizar os efeitos da dor no neonato pré-termo, alguns procedimentos podem ser adotados pela equipe de saúde, tais como o enrolamento, a contenção facilitada, o contato pele a pele por 10 a 15 minutos, uso de sacarose ou soro glicosado 25% (2ml no bebê a termo e 1ml nos prematuros) via oral, na parte posterior da língua, a utilização de sucção não nutritiva durante o procedimento, sendo que o bebê deve realizar mais de 30 sucções por minuto para efetivar o efeito analgésico (BRASIL, 2000a). São estratégias simples que podem garantir um melhor desenvolvimento do recém-nascido.

A mesma importância deve ser destinada ao **processo de alimentação do neonato**. O aleitamento materno tem demonstrado grande influência no processo de formação do apego, graças à interação ocorrida entre a mãe e seu filho através do contato pele-pele e olho-a-olho. O prematuro tende a ter seu processo de amamentação retardado devido ao receio de que o bebê não conseguirá fazer a pega de modo eficiente ou não tenha energia suficiente para realizar o processo de amamentação.

Além dos benefícios nutricionais e imunológicos, o aleitamento materno traz benefícios psicológicos para o binômio mãe-filho, contribuindo para o desenvolvimento do vínculo entre os envolvidos. Em estudos recentes foram demonstrados os benefícios do leite materno aos neonatos pré-termo, não só pelos fatores imunológicos, mas também pelos fatores nutricionais e digestibilidade. Outros estudos afirmam que o leite produzido pelas mães que tiveram partos prematuros tinha composição diferente, apresentando maior concentração de proteínas, cálcio, lipídios e uma seleção de propriedades anti-infecciosas. Essas diferenças são ajustadas à necessidade do prematuro e após o primeiro mês de lactação, sua composição se assemelha ao leite materno de mães de bebês a termo. Os níveis de

proteína, fósforo e vitamina D não são adequados em alguns casos para favorecer o crescimento adequado, podendo levar a hiponatremia, hipoproteinemia e osteopenia com diminuição da mineralização óssea. Recomenda-se, portanto, a utilização de suplementos, que aumentem as dosagens de fósforo, cálcio, vitamina D, proteínas e calorias, devendo-se monitorizar o prematuro durante o processo. (TAMEZ; SILVA, 2002).

Na UTI Neonatal as mães que decidem amamentar e/ou retirar o leite artificialmente sentem estar participando ativamente da recuperação do seu bebê, e indiretamente sentem que isto é o que podem fazer para colaborar no crescimento, desenvolvimento e restabelecimento da saúde do filho (TAMEZ; SILVA, 2002).

Para Tamez e Silva (2002), o entusiasmo, a atitude e a boa intenção do cuidador em incentivar a amamentação não devem forçar, constranger ou intimidar a mãe no processo de amamentação ou retirada do leite. A mãe pode sentir-se culpada ou incapaz de ajudar o filho se não amamentar por alguma razão, sendo fundamental a sua compreensão de que o fato de não amamentar não a desqualifica de ser uma boa mãe.

O recém-nascido pré-termo apresenta muitas limitações para que possam ser atendidas as necessidades básicas para a formação do crescimento. Nos prematuros, a ingestão de calorias, gordura, proteínas, carboidratos, vitaminas e minerais dão o aporte nutritivo ao bebê, promovendo a mesma taxa do crescimento intra-uterino. Um déficit nessa nutrição de forma prolongada pode levar a efeitos adversos e irreversíveis no desenvolvimento do cérebro.

A imaturidade do trato gastrointestinal do recém-nascido pré-termo pode não permitir a alimentação enteral. Com a finalidade de melhorar o crescimento e o ganho ponderal, balanço dos eletrólitos no organismo e desenvolvimento de alvéolos e reparação do tecido pulmonar, a nutrição parenteral torna-se necessária. Os nutrientes podem ser administrados através de cateteres periféricos ou centrais, devendo-se adotar medidas assépticas por ser um ambiente propício para o crescimento de bactérias patogênicas devido ao conteúdo da nutrição parenteral ser um meio rico em nutrientes.

Segundo Tamez e Silva (2002), a nutrição parenteral é composta por glicose, aminoácidos/proteínas, vitaminas e minerais. Esta deverá sempre ser administrada com bomba de infusão para se manter a velocidade contínua. Para as autoras, o controle do bebê que recebe este tipo de alimentação, deverá incluir: verificação do peso diariamente, análise da urina, glicose sangüínea, monitorizar sinais de infecção e níveis de triglicéridios,

hemograma, cálcio, eletrólitos, bilirrubina, fosfatase alcalina, fósforo, magnésio, proteína total, albumina, enzima hepática.

Quando o neonato está estável e com bons níveis dos valores nutricionais, a nutrição enteral, administração dos nutrientes através da via gastrointestinal, poderá ser iniciada. A privação da nutrição enteral pode causar alteração no intestino, levando a atrofia dos hormônios digestivos e aumentando a vulnerabilidade ao crescimento de organismo patogênicos no intestino. A alimentação enteral inclui: via oral, gavagem e alimentação jejunal. Dá-se preferência ao leite materno, porém leites artificiais também são administrados quando não há leite materno ordenhado disponível. O importante é que o início precoce da alimentação enteral ajuda a promover a maturidade intestinal e colabora para uma adaptação metabólica mais adequada. No entanto, este tipo de alimentação pode gerar intolerância ao bebê, devendo-se observar sinais como: distensão abdominal, resíduo, vômito, irritabilidade, letargia, fezes líquidas e/ou fétidas e presença de sangue nas fezes (TAMEZ; SILVA, 2002).

A gavagem intermitente é o método de alimentação através de um tubo nasogástrico, orogástrico ou jejunal. Este método é utilizado em bebês que não conseguem sugar ou para neonatos que não estejam com a coordenação sugar/deglutir/respirar desenvolvida. O leite é administrado por ação da gravidade de forma lenta, levando a aumentos cíclicos de hormônios gastrointestinais como a insulina. A gavagem administrada muito rapidamente pode provocar vômito do conteúdo gástrico e risco para aspiração (TAMEZ; SILVA, 2002).

A gastróclise, ou gavagem contínua é um método considerado não fisiológico e adotado em casos especiais em que o recém-nascido apresentou intolerância à gavagem intermitente, aqueles dependentes de ventilação mecânicas ou que são muito pequenos (abaixo de um quilo) para tolerar volumes maiores de uma só vez. Já a alimentação oral, é uma medida que deve ser tomada mediante a avaliação da maturidade do bebê, a fim de que possa coordenar o ato de sugar/deglutir/respirar, geralmente possível em recém-nascidos com idade em torno da 32<sup>a</sup> a 34<sup>a</sup> semana de gestação. A avaliação da coordenação oral motora por profissional especializado nesta área é recomendada, bem como a função respiratória estável (frequência respiratória maior que 60 mpm, caracterizando uma taquipnéia, aumenta o risco de aspiração do leite) e história clínica pregressa do bebê (TAMEZ; SILVA, 2002).

A oferta de sucção não-nutritiva durante a gavagem intermitente colabora para a maturação do reflexo de sugar e estimula o processo digestivo. As mães e os pais devem ser estimulados a participarem da alimentação do filho, sob orientação da equipe interdisciplinar e supervisão da equipe de enfermagem, com o intuito de envolvê-los nos cuidados do bebê e

sentirem-se responsáveis pela recuperação e desenvolvimento do filho (TAMEZ; SILVA, 2002). Todos esses estudos foram colocados em prática durante a assistência prestada aos recém-nascidos e seus pais e também serviram como ingredientes para os diálogos mantidos com a equipe neonatal, durante o transcorrer do estágio.

Na Unidade Neonatal, foi grande o número de bebês com **icterícia fisiológica** que permaneciam em **fototerapia**. Percebemos isso como um fator que poderia gerar risco no processo de formação do apego, pois geralmente os bebês são retirados da luz apenas para a amamentação, o que inibe a interação entre o recém-nascido e seus pais.

É evidente que a prematuridade ocasiona uma ruptura no desenvolvimento orgânico da criança. O organismo não está totalmente adaptado para a vida extra-uterina, gerando um grande número de casos de icterícia fisiológica em bebês nessa situação. Para Tamez e Silva (2002), a icterícia ocorre devido a uma alteração no metabolismo da bilirrubina produzida pelo fígado e baço e resultante do catabolismo de aminoácidos e hemoproteínas. A icterícia fisiológica é manifestada na primeira semana de vida do bebê, geralmente no terceiro dia, e caracteriza-se pelo aumento da bilirrubina indireta no organismo. Segundo as autoras, isto pode ocorrer devido a fatores como: oferta de oxigênio diminuída para o fígado durante a ligadura do cordão umbilical, aumento da carga de bilirrubina para as células hepáticas, perfusão hepática inadequada, aumento da circulação enterohepática da bilirrubina, medicações como ocitocina administradas à mãe e furosemida e lípidos administrados aos recém-nascidos, a desidratação e a prematuridade.

Para Oliveira (2002), a fototerapia é o tratamento mais utilizado nas instituições hospitalares com o intuito de prevenir ou tratar a icterícia por meio de luz proveniente de lâmpadas fluorescentes que agem por fotossensibilização, auxiliando na degradação da bilirrubina indireta, transformando-a em substância facilmente eliminada pela urina e fezes. Segundo Tamez e Silva (2002), esse tratamento pode produzir certos efeitos colaterais, como irritação da pele, aumento da perda insensível de água, diarreia, hipertermia e possível lesão da retina se esta for exposta à luz sem proteção adequada.

Nesse sentido, para evitar tais efeitos adversos, a enfermagem desenvolve ações como verificação de sinais vitais de três em três horas, despir o recém-nascido, proteção dos olhos, balanço hídrico, mudança de decúbito, estimulação de evacuações, entre outros. Em nossa prática, incentivamos a presença dos pais, desmistificando o tratamento e oferecendo orientações precisas e claras. Essa situação é apontada por diversos autores como um possível obstáculo para o fortalecimento do vínculo e há ações, como estimular a interação ao recém-nascido através da fala, do toque e da presença que se mostraram amenizadores da aflição

materna e paterna, além da agitação da criança. Outra importante atitude que deve ser adotada é proporcionar momentos de interação entre os pais e o bebê sem a presença dos óculos protetores. O contato olho-a-olho é uma forma de troca de afeto muito intensa e verdadeira que deve ser estimulada sempre que haja possibilidade.

### 3.3 A UNIDADE NEONATAL E AS EXIGÊNCIAS ASSISTENCIAIS A ELA RELACIONADAS

Como já visto anteriormente, algumas crianças necessitam de cuidados especiais ao nascer. Esses bebês são encaminhados para uma Unidade Neonatal, que em geral oferece cuidados intensivos e semi-intensivos, dependendo das condições do recém-nascido. O setor de cuidados intensivos é denominado de Unidade de Terapia Intensiva, ou UTI Neonatal.

Para Moreira e Bonfim (2003), a UTI Neonatal é um espaço destinado ao tratamento de bebês pré-termos ou que apresentaram algum problema ao nascer que dificulta sua adaptação à vida extra-uterina. Muitas vezes, o recém-nascido é internado nesta unidade para adquirir um peso adequado para sua idade gestacional, ou para amadurecimento dos seus sistemas.

Mesmo que a causa de internação do bebê seja considerada pela equipe como “simples”, para os pais constitui-se num evento assustador, muito distante dos planos perfeitos que a maioria dos casais grávidos costumam fazer. Acostumar-se com a imagem de seu filho, considerado pequeno e frágil, ligado a tantos aparelhos, pode levar tempo e demanda da equipe uma atenção especial. Klaus e Kennell (1993) colocam que a ansiedade e a culpa são os sentimentos mais comuns nos pais, principalmente na mãe, quando recebem a notícia do estado de saúde da criança. Kaplan e Mason (apud KLAUS; KENNELL, 1993) denominam este período de estresse dos pais como “reação aguda ao trauma”. Prugh (apud KLAUS; KENNELL, 1993) refere que quanto antes os pais virem seu filho na UTI, mais rápido se dará à adaptação a esta nova realidade, minimizando o estresse inicial.

O tempo de internação de um recém-nascido numa Unidade Neonatal varia de acordo com as necessidades do bebê. Moreira e Bonfim (2003) colocam que quanto menor for o bebê, maior será o tempo de internação. Crianças com idade gestacional entre 26 e 28 semanas precisarão de mais tempo para amadurecer seus sistemas e adaptar-se a nova vida. Já os bebês com uma idade gestacional mais próxima do termo (38 semanas), podem necessitar de menos tempo de internação.



As causas mais comuns de internação em Unidades Neonatais são a prematuridade, acompanhada do desconforto respiratório e do baixo peso, a icterícia, as malformações congênitas, as infecções e a gemelaridade (MOREIRA; BONFIM, 2003). Entre as intercorrências mais comuns, podemos citar (MOREIRA; RODRIGUES, 2003):

- Doenças respiratórias. A mais comum é a Doença da Membrana Hialina, que ocorre devido à falta de surfactante, que permite a expansão dos alvéolos pulmonares. Os bebês necessitam de auxílio para respirar, sendo que a modalidade de assistência respiratória vai depender do grau de comprometimento do pulmão.
- Apnéias. Ocorre a diminuição dos batimentos cardíacos e suspensão da respiração. Pode ocorrer cianose perioral e nas extremidades.
- Persistência do canal arterial. O canal arterial consiste na comunicação da artéria pulmonar com a aorta. Essencial na vida intra-uterina, esse canal deve fechar espontaneamente após o parto. Caso isso não ocorra há uma sobrecarga de líquido para os pulmões, determinando a necessidade de fechamento do canal através de medicamentos ou cirurgia.
- Anemia. Está relacionada às perdas sangüíneas durante o parto ou à necessidade de coletas freqüentes do sangue do bebê.
- Displasia broncopulmonar. Está relacionada ao uso prolongado de altas concentrações de oxigênio. Nesta patologia, o bebê chega a 36 semanas de idade corrigida (contando as que ele permaneceu dentro do útero), ainda precisando de suporte de oxigênio.
- Retinopatia da prematuridade. Está relacionada à vascularização ineficiente da retina do bebê e ao uso de oxigênio. Nos casos graves pode levar a perdas visuais pelo descolamento da retina.
- Hemorragia intraventricular. Refere-se a sangramentos entre os ventrículos cerebrais. Pode levar a hidrocefalia e retardo no desenvolvimento psicomotor da criança.
- Asfixia. É quando a oferta de oxigênio é menor que a necessidade dos órgãos do corpo. Pode ocorrer inclusive na vida intra-uterina. É preocupante quando ocorre por longos períodos devido o risco de lesão irreversível, exigindo intervenção profissional.
- Aspirações. As mais comuns no bebê são: a de mecônio, de líquido amniótico, sangue e de leite ou conteúdo estomacal.
- Hipotensão. Deve-se à perda de sangue antes ou durante o parto, perda de líquido depois do parto, infecção e medicações dadas a mãe antes do parto;

- Pneumotórax, pneumomediastino e enfisema intersticial pulmonar. Estas condições ocorrem quando os alvéolos estão cheios de ar e este escapa para outros espaços da caixa torácica. No pneumotórax, o ar localiza-se entre a parede torácica e o pulmão, causando colapso no órgão. No pneumomediastino, o ar fica retido sob a parte média do tórax. No enfisema intersticial pulmonar o ar localiza-se entre os alvéolos, ao redor dos pequenos vasos sanguíneos e brônquios. O ar pode ficar, com menor frequência, ao redor do coração (pneumopericárdio), sob a pele (enfisema subcutâneo), na cavidade abdominal (pneumoperitônio) ou ao redor dos rins (pneumoretroperitônio).
- Taquipnéia transitória. Ocorre devido ao acúmulo de fluídos no interstício pulmonar e que é reabsorvido após 48 ou 72 horas do nascimento. É mais comum nos bebês a termo ou próximo do termo e naqueles que nasceram através de cesariana.

Segundo Moreira e Rodrigues (2003), os exames mais freqüentemente realizados em bebês internados numa Unidade Neonatal são: hemograma e hemocultura (identificação de infecções), dosagem de bilirrubina (define o grau de icterícia), gasometria (avalia eficácia das trocas gasosas), ecocardiograma (avalia condições do coração do bebê), ultra-sonografia transfontanela (analisa condições do cérebro da criança), fundo de olho ou Fundoscopia (diagnostica retinopatia da prematuridade, realizado nos bebês com menos de 1.500 gramas ou menos de 32 semanas, entre a quarta e a sexta semana de vida), exame auditivo (avalia perdas auditivas em bebês que tiveram infecção congênita, que usaram antibióticos ou que passaram por longo tratamento para icterícia) e teste do pezinho (identifica doenças metabólicas como a fenilcetonúria, o hipotireoidismo congênito, a fibrose cística, hiperplasia congênita de supra renais, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias).

Numa Unidade Neonatal, alguns quesitos, principalmente organizacional e estrutural, são fundamentais para o sucesso do tratamento do bebê ali internado. Moreira et al. (2003) apontam como itens importantes na unidade:

- a experiência da equipe;
- a presença 24 horas de neonatologistas, para o caso de emergências;
- o cuidado com a nutrição do bebê, sendo importante a estimulação do aleitamento materno, exceto nos casos em que exista contra-indicação clínica. É importante que as instituições contem com lactário ou banco de leite, onde as mães possam aprender a realizarem a ordenha manual e possam armazenar seu leite;
- a aparelhagem necessária, principalmente para assistência respiratória;

- o controle dos fatores ambientais que possam prejudicar o tratamento do bebê, como luminosidade e ruído intenso. É necessário que a unidade possua uma rotina que permita o descanso do recém-nascido;
- o apoio aos familiares, já que a permanência de um bebê na Unidade Neonatal é muito estressante, principalmente para os pais;
- a presença de uma equipe interdisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros, visando uma melhor avaliação do bebê, sugerindo intervenções mais adequadas;
- a preparação para a alta, com treinamento dos pais para os cuidados do bebê no lar.

Klaus e Kennell (1993) sugerem outros aspectos importantes numa Unidade Neonatal e que favorecem a formação dos laços afetivos entre os pais e o bebê. Dentre eles, destacam-se:

- abertura da unidade neonatal aos pais, dando livre acesso a eles, para que possam visitar seu filho a hora que quiserem ou puderem. Os autores colocam a importância de permitir também, durante períodos mais curtos, a presença dos avós, tios e irmãos;
- manter a mãe próxima ao filho, oferecendo na mesma instituição um centro obstétrico, alojamento para as mães e Unidade Neonatal, para que não ocorra o inconveniente de haver dois familiares internados em hospitais diferentes;
- atendimento materno para os bebês internados, permitindo que as mães amamentem seus filhos e participem dos cuidados durante a internação;
- alojamento conjunto para os pais dos bebês internados, facilitando o aleitamento materno e a interação precoce e prolongada dos pais com o recém-nascido;
- fazer o ninho. O “aninhamento” consiste nas orientações dadas, principalmente pela enfermagem, aos pais, dias antes da alta do bebê. Os pais assumem integralmente os cuidados de seu filho, sob supervisão da equipe, preparando-se para a ida para casa;
- alta precoce, desde que haja a devida orientação e assimilação/adaptação dos pais quanto aos cuidados que devem ser observados em casa;
- escutar os pais durante a permanência do bebê no hospital, através de entrevistas, de modo que esses momentos sejam terapêuticos para eles;
- grupos de pais, para que eles possam trocar experiências e compartilhar sentimentos e expectativas sobre a internação do bebê;
- interação recíproca. Aqui, os pais são estimulados a ficarem com o bebê nos momentos em que ele está acordado e pode responder aos estímulos que os pais oferecem;

- levar o bebê prematuro, já em boas condições, para a mãe. Desse modo, a mãe e o bebê entram em contato fora do ambiente estressante da Unidade Neonatal;
- visita domiciliar para pais jovens, para que ocorra a educação continuada dos pais quanto aos cuidados com o bebê;
- manter o contato com os pais após a alta. Este contato pode ocorrer meses após a saída da criança do hospital. Nestas conversas os pais podem lembrar todos os momentos vividos, elaborando suas experiências, visualizando seus progressos.

A fim de reforçar a importância de se focalizar os pais no processo terapêutico que envolve o RN na Unidade Neonatal, Klaus e Kennel (1993) elaboraram seis compromissos que a equipe de saúde deve possuir em relação a eles.

- Ajudar os pais a adaptarem a imagem do bebê ideal, elaborada durante a gestação, para a imagem do bebê real.
- Ajudar a mãe a aliviar sua culpa quanto a causa da internação de seu filho.
- Auxiliar os pais na construção do vínculo com o bebê, estimulando a interação mútua, de modo que os pais conheçam as necessidades de seu filho, à medida que ele cresce.
- Permitir que os pais aprendam a cuidar do bebê enquanto ele está no hospital, a fim de que estejam preparados para os cuidados após a alta.
- Encorajar a família a trabalhar junta a crise desencadeada pela internação, ajudando os pais a conversarem sobre seus medos e anseios, permitindo que eles encontrem as soluções para suas dificuldades.
- Ajudar na satisfação das necessidades da família, de maneira integral e individualizada.

Moreira et al (2003) afirmam que a assistência neonatal precisa de vários equipamentos para um melhor atendimento ao bebê. Entre esses aparelhos podemos citar:

- Monitor cardiorrespiratório, que mostra para a equipe a frequência cardíaca, a frequência respiratória e, algumas vezes, a pressão arterial do bebê.
- Oxímetro de pulso, que verifica a concentração de oxigênio no sangue do recém-nascido. Pode estar conectado na palma da mão, pé, dedo ou punho da criança.
- Monitor de pressão sangüínea. A pressão sangüínea pode ser verificada através de um manguito colocado no braço ou na perna do bebê ou através de um cateter instalado dentro de uma das artérias do recém-nascido.
- Sensor de temperatura colocado sobre a pele do bebê. Ajuda a controlar a quantidade de calor da incubadora.

- Bomba de infusão, que ajuda a aplicar, com maior precisão, as terapias intravenosas prescritas para o bebê.
- Cateter arterial ou venoso umbilical, que consiste num tubo fino colocado dentro da artéria ou da veia umbilical. Além de ser utilizada para a administração de medicamentos e nutrientes, esta via serve para coleta de sangue do bebê.
- Tubo endotraqueal, utilizado para a administração de oxigênio para o bebê, podendo ser utilizado para medicações de emergência.
- CPAP (pressão positiva contínua das vias aéreas), que consiste em uma forma de fornecimento de oxigênio sob pressão em uma concentração conhecida. É utilizado quando existe a necessidade de auxiliar a manter os alvéolos abertos.
- Respirador ou ventilador, que ajudam na respiração do bebê. Alguns respiradores apenas auxiliam na respiração (ventilação sincronizada), outros “respiram pelo bebê”, caso estes não tenham a capacidade de respirarem sozinhos. Os chamados ventiladores de alta frequência mantêm a abertura dos alvéolos através de uma pressão constante, fornecendo oxigênio através de ciclos. Esses respiradores costumam fazer muito ruído, estressando o bebê.
- Incubadora e berço de calor radiante, são os equipamentos utilizados para evitar a hipotermia no recém-nascido. A quantidade de calor irradiada é ajustada de acordo com a idade gestacional, com o peso e a idade em dias de vida.

Vale lembrar que estas famílias presentes na Unidade Neonatal são constituídas por cidadãos, com direitos e deveres que não podem ser negligenciados. Neste sentido, a equipe deve estar atenta às necessidades sociais que os pais porventura apresentem. Eles devem ser orientados quanto aos seus direitos trabalhistas e previdenciários, e dos meios para obter esses benefícios. As ações de saúde estão pautadas em diversas diretrizes, como a Constituição Federal de 1988 e a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), que garantem o suporte necessário para a manutenção do tratamento do bebê. Os profissionais de saúde agem como facilitadores num momento tão atribulado na vida desses pais (BRAZ; BRAGA; MORSCH, 2003).

A partir dos anos 60 houve um aumento do interesse dos profissionais de saúde, em especial os ligados à área da Neonatologia, com relação ao crescimento e desenvolvimento de bebês que estiveram internados em uma Unidade Neonatal e que são considerados de alto risco. Como estratégia para este acompanhamento, implantou-se em

alguns hospitais o ambulatório de *follow up* (termo de origem inglesa para a expressão “seguimento de recém-nascido de risco”) (MELLO; MEIO, 2003).

Os bebês chamados de alto risco são aqueles que têm maior chance de apresentarem algum comprometimento no seu desenvolvimento. De acordo com Mello e Meio (2003), as crianças consideradas de risco são:

- os prematuros, em especial aqueles com peso de nascimento inferior a 1.500 gramas, ou com peso abaixo do esperado para a idade gestacional;
- os que necessitaram de auxílio de respirador mecânico por tempo prolongado;
- os portadores de infecções congênitas como rubéola;
- aqueles que apresentaram infecção generalizada ou infecção no sistema nervoso central;
- os que apresentaram diminuição da oxigenação cerebral;
- bebês que tiveram hemorragia cerebral;
- as crianças com hidrocefalia;
- aquelas com doença pulmonar crônica ou displasia broncopulmonar;
- bebês que apresentaram hipoglicemia nas primeiras horas de vida.

Recém-nascidos prematuros e seus familiares necessitam de atenção especial por parte da equipe de saúde. Os pais devem ser orientados quanto às características peculiares no desenvolvimento da criança, escutando seus receios e dúvidas. Os familiares devem ser desestimulados a superprotegerem o bebê, reforçando as capacidades da criança. A equipe deve estar atenta as intercorrências que poderão surgir ao longo do crescimento do bebê, mas não devem perder de vista os sentimentos dos pais (MELLO; MEIO, 2003; KLAUS; KENNEL, 1993).

### 3.4 A FAMÍLIA

Neste item faremos uma abordagem geral sobre a família, uma vez que esta se constitui um dos focos da assistência de enfermagem. Cabe ressaltar que a literatura referente à família na Unidade Neonatal é escassa e por isso as considerações a seguir serão um resgate amplo desse conceito.

Para Wong (1999), o termo família é definido de diversas maneiras e para diversas finalidades. No entanto, o conceito mais utilizado refere-se à relação entre as pessoas que constituem a unidade familiar, sendo os tipos mais comuns de relacionamento: o consanguíneo (relações sanguíneas), o afim (relações maritais) e a família de origem (unidade familiar em que a pessoa nasceu).

Quase todas as sociedades destacam o conceito de família na crença de que são necessários um pai e uma mãe para a criação de um bebê. Na sociedade moderna, torna-se necessária uma definição ampla de família, como “um grupo de pessoas, vivendo juntas ou em contato íntimo, que cuida uns dos outros e propiciam orientação para seus membros dependentes” (PATERSON, 1995 apud WONG, 1999, p. 54).

As *teorias sobre as famílias*, segundo Wong (1999), são importantes para descrever as respostas aos eventos ocorridos dentro e fora das famílias. A *teoria sobre os sistemas de família* se caracteriza pela interação entre os componentes do sistema e entre o sistema e o ambiente. Assim, a mudança de um membro da família, gera uma mudança nos outros componentes, que por sua vez, influencia uma nova modificação no membro original. Por isso, temos que estar conscientes de que além dos membros individuais de uma família, devemos cuidar também da relação existente entre os componentes da unidade familiar, como um indivíduo em particular. Ainda para esse sistema, a família é uma unidade altamente adaptável, visto que na presença de problemas dentro da unidade familiar a mudança pode ser efetuada através da alteração da interação no sistema ou da manifestação das forças e necessidades presentes na dinâmica familiar. Por exemplo, quando o sistema de família é rompido, a alteração pode acontecer em qualquer parte do sistema, uma vez que todos os envolvidos serão influenciados pela mudança.

A *teoria sobre o estresse na família* refere-se à maneira como as famílias reagem aos eventos estressantes, bem como sugere a existência de fatores que promovem a adaptação ao estresse, que afetam a unidade familiar e provocam uma alteração da interação social da família. Tais fatores podem ser classificados como previsíveis (a paternidade) ou imprevisíveis (doença e desemprego). Os fatores de estresse são cumulativos e a capacidade de adaptação de uma família a tais eventos pode colocá-la em risco de ruptura entre seus membros podendo gerar problemas de saúde físicos e emocionais. Assim, quando a família tem muitos fatores para trabalhar adequadamente, pode-se estabelecer um quadro de crise, sendo que para a adaptação em tal circunstância, é necessária uma alteração na estrutura da família e/ou na interação entre ela (WONG, 1999).

Ainda para a autora, a *teoria do desenvolvimento* aborda a modificação da família durante o processo de vida dividido em ciclos. Os ciclos são descritos com base no desenvolvimento do grupo de pessoas a partir da relação matrimonial e a criação de um lar independente, passando com a inclusão de um filho no grupo, e a partir disso, o acompanhamento do desenvolvimento da criança.

Ao se trabalhar com crianças, a enfermagem deve incluir a família em seu foco de cuidado. Com base nas teorias do sistema de famílias, o foco das atenções está voltado para a interação entre seus membros, sendo, portanto uma estratégia eficiente para a prevenção e o trabalho em grupo. Pegamos como exemplo o nascimento de um bebê, a enfermagem pode estar intervindo para ajudar a família a se preparar e a aceitar a alteração uma vez que cada membro da família reage a todo o estresse gerado por aquele sistema (WONG, 1999).

A função da família “refere-se a um dever ou desempenho especiais necessários no curso do trabalho ou atividade, podendo também referir-se às interações dos membros da família” (WONG, 1999, p.56). Embora as famílias desempenhem funções econômicas, sociais e culturais, para a maioria das sociedades, respeitando-se as culturas das mesmas, as famílias parecem ter três objetivos principais em relação às crianças: cuidar, nutrir e treinar.

A estrutura da família, ou composição familiar, “consiste em indivíduos, cada qual com *status* e posição socialmente reconhecidos, que interagem entre si em uma base regular e recorrente nos meios socialmente sancionados” (WONG, 1999, p.56). Quando ocorre o acréscimo ou perda de membros de uma unidade familiar, a composição da família é alterada e as funções devem ser redefinidas ou redistribuídas. Nos últimos anos, a divisão tradicional das famílias em nuclear e estendida vêm sendo redefinida e reconfigurada frente à nova ordem social, onde temos pais solteiros ou filhos de relações com parceiros diferentes. Por isso, não é raro que crianças pertençam a vários grupos familiares durante as suas vidas (WONG, 1999).

Para Wong (1999), a *família nuclear* consiste em um marido, uma esposa e seus filhos que vivem em um domicílio comum. A força de tal união está baseada nos laços afetivos entre o casal, não necessitando, em alguns casos, de um filho para se enquadrar em tal classificação, uma vez que a o casal possui potencial teórico para a reprodução. Quando a família nuclear está associada a uma rede extensa de parentesco, que vive em domicílios separados, mas em íntima proximidade geográfica, referimos este conceito como *família estendida modificada*. Esta associação de famílias, que pode contar com apoio emocional, financeiro e na troca de serviços, satisfaz as necessidades psicológicas dos membros mais efetivamente que especialistas.

Ainda para a autora, a *família de pai/mãe solteiro(a)* não constitui um fenômeno novo. Embora as famílias de pais solteiros(as) sejam geralmente encabeçadas pelas mães, está se tornando cada vez mais comum os pais pedirem a custódia das crianças nos casos de divórcio.



A *família binuclear* descreve a situação em que os pais exercem a função paterna e materna embora encerrem a relação com o companheiro. As *famílias* reconstituídas são aquelas em que um ou ambos os adultos possuem filhos de uma relação anterior que residem em um mesmo domicílio. A *família estendida* consiste na família nuclear, mais os parentes próximos. Nessa estrutura familiar, a criação dos bebês é uma responsabilidade freqüentemente compartilhada, onde os parentes estão presentes e disponíveis para ajudar em tarefas domiciliares e no cuidado com a criança (WONG, 1999).

O crescente interesse em compreender a dinâmica das famílias, fez aflorar estudos que destacam algumas qualidades necessárias para o seu funcionamento efetivo, como o compromisso, a apreciação, o congraçamento, a comunicação, regras, valores, crenças familiares, estratégias de aceitação, capacidade de resolução de problemas, flexibilidade e adaptabilidade. O conhecimento da equipe de saúde de tais características possibilita a efetividade do cuidado, pois os profissionais estão capacitados a predizer os meios pelos quais a família poderá reagir aos eventos estressantes, fornecendo suporte adequado e auxiliando os membros da família na obtenção de recursos apropriados (WONG, 1999).

Com o nascimento de um bebê, a equipe precisa ficar atenta às reações dos irmãos do recém-nascido. A maioria das crianças participa da chegada de seus irmãos ativamente, o que facilita a aceitação do bebê. Mesmo assim a rivalidade, o ciúme e as dúvidas acontecem e quando o irmão precisa ser internado em uma Unidade Neonatal, a criança pode também se sentir responsável pela situação, se em algum momento da gestação de sua mãe desejou não ter um irmão. É importante orientar para que os familiares procurem compreender e ouvir a criança (MORSCH; BRAGA, 2003).

É fundamental explicar que todos os cuidados necessários estão sendo realizados para seu irmão, pois as crianças costumam surpreender a equipe e a família pela sua capacidade de compreensão rápida. A visita de irmãos na Unidade Neonatal deve ser permitida e estimulada, sendo que atualmente ela é recomendada pelo Ministério da Saúde com a finalidade de contribuir na política de humanização dos cuidados neonatais (MORSCH; BRAGA, 2003).

Os *sistemas de suporte*, para Wong (1999), possibilitam a adaptação bem sucedida ao estresse da transição da paternidade e maternidade através de basicamente dois tipos de recursos familiares. Os primeiros são os *recursos internos* da família, como a adaptabilidade e a integração. “A mudança de uma vida ordenada e previsível para uma desordenada e imprevisível é uma adaptação universal que as famílias devem empreender” (WONG, 1999, p. 62). A adaptação é refletida no aprendizado de ser pai/mãe, tornando-se mais bem

organizado e flexível. A integração envolve uma tentativa do casal em continuar com algumas atividades que se dispuseram antes de terem um filho. O segundo tipo de recurso é o uso de *estratégias de aceitação* que reforçam a organização e funcionamento da família e refere-se às situações em que a família enfrentará e necessitará do suporte de amigos, vizinhos e parentes. Estratégias como trocar idéias e experiências com outros pais proporciona uma oportunidade para verbalizar preocupações e aprender novos meios de lidar com os eventos adaptativos na interação.

### 3.5 A ENFERMAGEM NA UNIDADE NEONATAL

Para Costenaro (2000), o cuidado na Unidade Neonatal, como terapêutica em enfermagem, tem a finalidade de preservar a vida e a dignidade de quem o recebe, ou seja, significa fazer, refazer, construir e reconstruir o cuidado, considerando o cliente como sujeito ativo desta construção, receptivo ao resultado do cuidado, mantendo interação com o cuidador.

A Unidade Neonatal, conforme Mendes (1997), é para o neonato, um local de garantia de sobrevivência, onde se busca sua recuperação e a conservação do seu bem-estar. Por outro lado, a mesma unidade constitui um sítio gerador de desconforto, desgaste físico e emocional, já que os recém-nascidos são submetidos às determinações da equipe de saúde.

Segundo Okikawa e Lund (1995), a enfermagem neonatal engloba várias funções e responsabilidades exclusivas e essenciais na avaliação, entendimento e apoio ao recém-nascido e seus pais durante o período da internação.

Para as autoras, é fundamental que o enfermeiro realize, pelo menos a cada 8 a 12 horas, uma avaliação completa do neonato, incluindo os seguintes aspectos:

- características físicas, tais como cor, perfusão e edema;
- características orgânicas, incluindo eliminações, presença de reflexos e pulsos;
- permeabilidade e funcionamento dos cateteres intravasculares e fixação de tubos endotraqueais, além dos demais aparelhos invasivos;
- funcionamento adequado de monitores cardiorrespiratórios;
- nível de atividade neurocomportamental e evolutiva, incluindo a avaliação da dor e do desconforto gerados pela terapêutica utilizada;
- descrição dos contatos com os pais e dos comportamentos afetivos.

Esta avaliação é útil para a identificação das alterações do recém-nascido que possam exigir intervenções médicas e de enfermagem.

Para Mendes (1997), o programa de cuidados, gerado pela avaliação do neonato, deve ser executado racionalmente, isto é, respeitando os efeitos dos procedimentos e planejado para conservar a energia dos bebês. Concordamos com Sparshott (1991 apud MENDES, 1997, p. 77) quando diz que “se a enfermeira entende os sinais do bebê, ela pode atender as suas necessidades”. Porém, os cuidados de enfermagem implicam em manipulação, interrupção do sono e repouso e algumas vezes dor. Esta é uma relação complicada entre a enfermagem e o neonato (MENDES, 1997).

Um papel essencial da enfermagem neonatal envolve o relacionamento entre a família, em especial os pais e o bebê, já que a equipe atua junto aos pais, ajudando-os a conhecer e a apreciar seu filho em um ambiente altamente tecnológico, onde o tocar e acariciar podem estar prejudicados (OKIKAWA; LUND, 1995). Mendes (1997), reforça a importância da interação com o bebê, quando coloca que o neonato se mostra relaxado e com fisionomia de bem-estar ao ser tocado com afeto e ao ser pronunciada palavra de carinho. Estas manifestações são sutis e sua percepção para a enfermagem é um constante aprendizado.

Sabe-se que para a família, a internação do neonato constitui um fator de crise. A enfermagem se constitui na maior fonte de apoio social, especialmente durante hospitalizações prolongadas e complicadas (OKIKAWA; LUND, 1995).

Por fim, a enfermagem é o principal elo entre o bebê, sua família e a equipe de saúde, pois é a equipe que engloba profissionais em maior número e em contato mais direto e continuado com o recém-nascido pré-termo. Sua contribuição para a atenção à saúde neonatal é, pois, decisiva e inegável.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

*“O melhor uso que se pode fazer da vida é gastá-la com algo que dure mais que ela”.*

*(William James)*

Entendemos que um referencial teórico é uma determinada visão de mundo. Esta visão diz respeito a um conjunto de conceitos inter-relacionados, idéias e pressupostos, que buscam interpretar determinada realidade, fenômeno ou evento. É baseado numa estrutura lógica e sistemática que confere sentido aos acontecimentos. Segundo Leopardi (1999), as teorias, além de apresentarem conceitos e definições, também sugerem modos de operacionalização.

No contexto deste estudo, o referencial teórico deu sustentação à nossa prática assistencial de enfermagem junto aos recém-nascidos e seus pais, auxiliando a direcionar o olhar para as relações entre pais e filhos. Assim, esteve presente em todos os momentos do trabalho com as famílias, desde o momento de coleta de dados, até a avaliação da assistência prestada.

No presente capítulo, optamos por apresentar inicialmente as duas teorias que deram sustentação geral ao estudo (Teoria do Apego e Teoria da Adaptação) e, logo em seguida, descrevemos os pressupostos e o marco conceitual que orientou diretamente a prática assistencial com os recém-nascidos e seus pais no ambiente da Unidade Neonatal.

### 4.1 TEORIA DO APEGO

Durante toda a vida, o ser humano tem contato com sentimentos tais como alegria e tristeza. Todos esses sentimentos estão relacionados às suas ligações afetivas, sendo que uma delas é construída na interação com seus pais.

Segundo a literatura sobre a abordagem psicológica e emocional na relação pais-bebês, ocorre uma pequena diferenciação entre o conceito de “vínculo” e o conceito de “apego”, sendo que o **apego** pode ser definido como um relacionamento ímpar entre duas pessoas, específico e duradouro ao longo do tempo. É considerado como um laço dos pais com o bebê, e **vínculo** refere-se ao laço na direção oposta, do bebê com os pais (KLAUS; KENNEL, 1993). Neste trabalho, entretanto, usaremos a palavra “apego” nas duas direções, pois acreditamos que o mais importante não está na definição etimológica, e sim na

manifestação de sentimentos e expressões corporais que revelem a formação do apego entre os membros da tríade mãe-pai-recém-nascido pré-termo.

Segundo Brazelton (1988), o apego, com relação ao novo bebê, não acontece da noite para o dia. Muitos pais acham tentador crer que ter um bebê e ligar-se a ele é algo instintivo e que todo o mundo está “pronto” para assumir o papel de pai ou mãe, quando o bebê chega. Na maioria dos casos, o vínculo com o bebê é instintivo, mas não é instantâneo e automático. Sendo assim, deve-se visualizar o vínculo como um processo contínuo.

Bowlby (2000) destaca algumas teorias encontradas nas literaturas psicanalíticas e psicológicas, que explicam a natureza do apego na criança. São elas:

- Teoria do Impulso Secundário: refere-se às necessidades fisiológicas da criança que devem ser satisfeitas, entre elas a alimentação e o conforto. O bebê se torna ligado à pessoa, em geral a mãe, que supre suas necessidades.
- Teoria de Sucção do Objeto Primário: o bebê tende a relacionar-se com o seio materno através da sucção. Com o tempo, o bebê aprende que por trás do seio existe um ser, e passa a relacionar-se com ele.
- Teoria da Adesão ao Objeto Primário: mostra a necessidade que o bebê traz consigo de contato físico intenso com outro ser humano, independente da necessidade de alimentação.
- Anseio Primário de Retorno ao Ventre: refere-se ao anseio do bebê em voltar ao ventre materno e do seu ressentimento por ter sido expulso dele.

Para o autor, as mais importantes para o estabelecimento do vínculo são as teorias de Sucção do Objeto Primário e da Adesão ao Objeto Primário, pois elas postulam tendências autônomas da criança para comportamentos dirigidos a objetos com certas propriedades. Bowlby (2000) apóia sua opção por estas duas teorias em estudos que demonstram que mamíferos apresentam comportamento de apego com pessoas ou objetos que lhe dão conforto e segurança, e não somente satisfazem suas necessidades fisiológicas.

Pode-se observar que os bebês são seres fortemente propensos a responderem a estímulos sociais. Desde o nascimento, eles são acalmados através de interações sociais, como serem acariciados, pegos no colo ou ouvirem a voz humana em sua direção. Logo estarão observando as pessoas a sua volta e mais tarde irão responder com sorrisos e balbucios (BOWLBY, 2000). Esses comportamentos estão relacionados somente com a necessidade de conforto e proteção do bebê, o que reforça a teoria de que o apego também se manifesta com pessoas que não satisfazem as necessidades fisiológicas da criança.

Bowlby (2000) coloca que quanto mais o bebê for estimulado socialmente, melhor e mais rapidamente o apego irá se estabelecer. E mesmo que ocorra uma separação entre a criança e a pessoa com quem o apego foi estabelecido, este sentimento tende a permanecer.

Brazelton (1988) refere que são vários os fatores que podem influenciar na formação do apego e no posterior desenvolvimento da criança. Esses fatores podem estar relacionados aos antecedentes parentais e às práticas assistenciais.

### **Antecedentes Parentais**

- a) O cuidado que o pai/mãe recebeu de seus próprios pais.
- b) Herança genética dos pais.
- c) Práticas culturais.
- d) Relacionamentos familiares.
- e) Experiências com gestações anteriores.
- f) Planejamento, curso e eventos durante a gestação.

### **Práticas Assistenciais**

- a) Comportamento da equipe de saúde.
- b) Atendimento e apoio durante o parto.
- c) Primeiros dias de vida, separação da mãe e filho.
- d) Regras do hospital.

Uma vez que esses fatores não sejam trabalhados devidamente pelos profissionais que atuam na assistência à família, com seriedade, envolvimento e uso criterioso dos fatores tecnológicos, a família poderá sofrer uma série de conseqüências, tais como as apontadas por Klaus e Kennell (1993): síndrome da criança vulnerável, abuso infantil, “*failure to thrive*”, além de ocasionar relacionamentos perturbados entre pais e filhos e, ainda, a ocorrência de alguns problemas desenvolvimentais e emocionais em bebês de alto risco.

Bowlby (2002, p. 3) acredita ser essencial à saúde mental “que o bebê e a criança pequena tenham a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe, na qual ambos encontrem satisfação e prazer”. O autor aponta em seus estudos que crianças com privação no contato inicial com seus pais ainda bebês, apresentaram declínio na capacidade de concentração, aumento de enurese noturna, de sintomas nervosos e de delinqüência.

O papel decisivo e prejudicial que o rompimento da família desempenha no desenvolvimento da personalidade da criança é demonstrado através da dificuldade de se relacionar socialmente, provocada por uma formação de vínculo afetivo ineficiente, como

demonstram pesquisas realizadas com bebês que foram separados de seus pais precocemente ou não receberam apoio emocional (BOWLBY, 2002).

Segundo Klaus e Kennell (1993), o comportamento materno humano é determinado por múltiplos fatores, como por exemplo, a cultura e o apoio familiar. Tais fatores podem possibilitar que a mãe supere dificuldades potenciais associadas com uma separação precoce de seu bebê. Portanto, trata-se de um período específico nos seres humanos logo após o nascimento, sendo conhecido como **período sensitivo** materno, por ser considerado o período essencial para o surgimento do apego.

Klaus e Kennell (1993) citam diversos estudos onde reforçam que a permanência do bebê com a mãe, tanto precocemente após o parto, como nos três primeiros dias, reduz o número de internações pediátricas após a alta, o número de agressões e acidentes. Além disso, o ato de amamentar é realizado com mais afeto, ainda antes da ocorrência da alta.

Os autores que vêm trabalhando e desenvolvendo a teoria do apego afirmam que é difícil isolar e demonstrar os efeitos que ocorrem durante um breve período de tempo no apego materno, no entanto, o que acontece precocemente, durante o período pós-parto, pode ajudar indubitavelmente no desenvolvimento do vínculo mãe-filho. Manter a mãe com o bebê próximo, logo após o nascimento, parece iniciar e estimular mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais conhecidos, que possivelmente vinculam a mãe ao bebê (KLAUS; KENNEL apud BARBOSA, 1999).

De acordo com Klaus e Kennel (1993), o período sensitivo envolve quatro aspectos ou mecanismos básicos. O primeiro, denominado de **período crítico**, é definido como um período de tempo relativamente curto, que ocorre na situação de encontro da mãe com o seu bebê. Nesse período acontecem importantes mudanças na mãe, sendo representadas com maior frequência pelas alterações anatômicas ou bioquímicas. Por isso, dependendo da adaptação da mãe, o período crítico pode ser considerado precoce e tornar-se irreversível.

O segundo aspecto a considerar, chamado de **mudança da imagem mental**, ocorre durante a gestação, em especial após o início dos movimentos fetais, quando a mãe constrói uma imagem do bebê esperado. Durante os primeiros dias após o nascimento, a mãe deve ajustar o retrato mental para que se assemelhe ao bebê real. Muitas evidências demonstram que o pai também cria uma imagem mental de seu filho, necessitando ajustá-la. Klaus e Kennel (1993) citam um estudo realizado por O'Connor (1980), onde este observou que houve uma redução nos distúrbios da maternidade, como resultado de alteração do retrato mental da mãe.

O terceiro aspecto é denominado de **padrões comportamentais inatos ou genéticos** onde, através de estudos históricos, constatou-se que mamíferos de todas as espécies possuem um relacionamento com seus filhotes desde o seu nascimento. Assim, constata-se que os efeitos do período sensitivo, em seres humanos, podem resultar de sistemas inatos, estabelecidos biologicamente na mãe e que podem ser modificados pelos comportamentos do bebê.

O quarto e último aspecto, denominado de **fatores múltiplos**, diz que o relacionamento necessário à manutenção da vida depende unicamente da interação entre a mãe e o bebê logo após o nascimento. Esta união parece iniciar e estimular a operação de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais conhecidos, que provavelmente vinculam os pais ao bebê.

Klaus e Kennell (1993) formularam a hipótese de que ocorre uma seqüência de interações entre a mãe e o bebê, durante o período sensitivo, cujos sinais, ligados uns aos outros, podem dar pistas de que o desenvolvimento do apego poderá estar se formando.

As interações que se originam da mãe são:

- o toque;
- o contato olho a olho;
- a voz da mãe;
- o emparelhamento, ou seja, o recém-nascido possui movimentos sincronizados de acordo com a fala dos adultos. Nesse momento ele se movimenta em compasso com as mudanças dos padrões sonoros que caracterizam a fala;
- a função de aguardar (dar tempo);
- a presença de Linfócitos T e B, macrófagos A e secretores. O leite materno é considerado uma grande fonte de anticorpos, principalmente o colostro e possui uma grande concentração de imunoglobulinas secretoras e de linfócitos T e B. Isso explica porque o recém-nascido amamentado apenas com leite materno está protegido contra agentes infecciosos;
- a presença de flora nasal bacteriana. A mãe transmite ao seu bebê, suas próprias cepas do aparelho respiratório que crescem e povoam o trato respiratório e gastrointestinal do bebê, protegendo-o de infecções;
- odor;
- calor.



Outras interações se originam no bebê, sendo elas:

- o contato olho a olho;
- o choro;
- a provocada pela presença da ocitocina. Um dos mecanismos de estimulação da secreção desse hormônio é a amamentação do bebê. A ocitocina é responsável pela contração uterina e, de forma ainda desconhecida, o ato da sucção proporciona um mecanismo de conforto para a mãe;
- a provocada pela prolactina. Lamber, sugar e mesmo o toque, presentes no início de cada amamentação, são os estimulantes para a secreção desse hormônio. As sucessivas mamadas geram satisfação da mãe frente a sua nova condição e proporciona um momento único de interação: sensação da pele macia e quente do bebê, olhá-lo de perto e observar as respostas a seu toque;
- a aproximação proporcionada pelo odor;
- o emparelhamento.

Bowlby (2000) define que quatro comportamentos do bebê contribuem para o apego, sendo eles: sugar, seguir, chorar e sorrir. Esses comportamentos estão sujeitos a variáveis orgânicas e ambientais, que vão interferir na intensidade e na consistência em que o comportamento de apego irá se manifestar. São variáveis orgânicas: a fome, a doença, a dor e a tristeza. Já a variável ambiental mais observada é o temor da criança frente uma situação (AINSWORTH apud BOWLBY, 2000).

Segundo Brazelton (1988), os pais que tiveram um bebê prematuro demonstram, inevitavelmente, uma reação de luto. Esta reação se deve tanto à perda do bebê saudável que esperavam, como pelas deficiências do bebê que produziram. Sentem-se culpados, consciente ou inconscientemente, pelo fato de terem gerado um bebê tão frágil. A superação destes sentimentos requer tempo, aproximação com o bebê e esforços da equipe em envolver os pais com seu filho.

Brazelton (1988) aborda ainda a existência de pelo menos cinco estágios pelos quais os pais passam, antes que possam finalmente ver o bebê como seu, confiando em si mesmos para trabalhar e se relacionar com ele.

**1º passo:** inicialmente o ténue relacionamento dos pais com o bebê apoia-se em exames e relatórios médico-laboratoriais. Se os índices melhoram, tornam-se mais esperançosos e corajosos; se piorarem, tornam-se mais ansiosos e com medo.

**2º passo:** os pais observam e se encorajam com o comportamento reflexo e automático que vêm quando o bebê é estimulado por um profissional. Mas nesta fase ainda não se sentem à vontade para provocar essas reações.

**3º passo:** os movimentos mais responsivos do bebê são observados, como o virar-se em direção a voz de um profissional. Os pais vêm o bebê como uma pessoa. Os pais ainda não se sentem encorajados a provocar essas respostas.

**4º passo:** neste estágio, os pais tentam produzir movimentos de resposta espontaneamente, por exemplo, quando o bebê se acalma ao ser tocado pelos pais. Podem ver-se responsáveis por suas respostas.

**5º passo:** os pais pegam o bebê do berço, segurando-o, ou mesmo, alimentando-o. Neste ponto, os pais adquirem um vínculo com o filho. Não vêm mais o bebê como um ser frágil e amedrontador, nem se sentem perigosos para ele. Os pais percebem-se prontos para cuidar de seu filho.

## 4.2 TEORIA DA ADAPTAÇÃO

A Teoria da Adaptação é de autoria da enfermeira americana Sister Callista Roy. Segundo Galbreath (1993), a Doutora Sister Callista Roy nasceu em 1939, e depois que se formou em enfermagem, atuou durante a maior parte de sua vida profissional no Boston College, em Massachusetts.

De acordo com Galbreath (1993), Roy ocupou vários cargos, inclusive o de Presidente do Departamento de Enfermagem do Mount Saint Mary's College, em Los Angeles; o de Professor-Adjunto no Programa de Pós-bacharelado da Escola de Enfermagem da Universidade de Portland e de Diretora Interina e Consultora em Enfermagem no Saint Mary's Hospital em Tucson, Arizona. Ela obteve seu grau de Bacharel em Enfermagem, em 1963, no Mount Saint Mary's College, em Los Angeles; o grau de Mestre em Enfermagem, em 1966, e o grau de Doutora em Sociologia, em 1977, na Universidade da Califórnia. A teórica ainda foi membro da American Academy of Nursing e atuou em várias organizações, inclusive na Sigma Theta Tau e na North American Nurses Diagnosis Association (NANDA). É autora e a co-autora de vários trabalhos que incluem "Introduction to Nursing: an adaptation model", "Essentials of the Roy adaptation model", e "Theory construction in nursing: an adaptation model".

O Modelo de Adaptação de Roy tem sido foco de interesse da enfermagem, desde seus primeiros desenhos, em 1964, quando Roy, como parte de seu trabalho de Pós-bacharelado, na Universidade da Califórnia, o construiu, sob a orientação de Dorothy E. Johnson. De acordo com Galbreath (1993), os princípios teóricos da autora são colocados em prática desde 1970, quando o corpo docente da Mount Saint Mary's College, de Los Angeles adotou o Modelo de Adaptação de Roy, como a estrutura conceitual de seu currículo de Graduação em Enfermagem. Foi escrito um texto por Roy e colegas da faculdade, descrevendo o Modelo de Adaptação de Roy e apresentando a avaliação e a intervenção de Enfermagem, refletindo o foco distintivo do método.

Em 1984 foi publicada uma edição extensivamente revisada de "Introduction to nursing: an adaptation model". Posteriormente, Roy e Roberts escreveram "Theory construction in nursing: an adaptation model", para debater o uso do modelo de Roy na construção da teoria de Enfermagem, este modelo causa interesse por parte dos profissionais de Enfermagem. (GALBREATH, 1993).

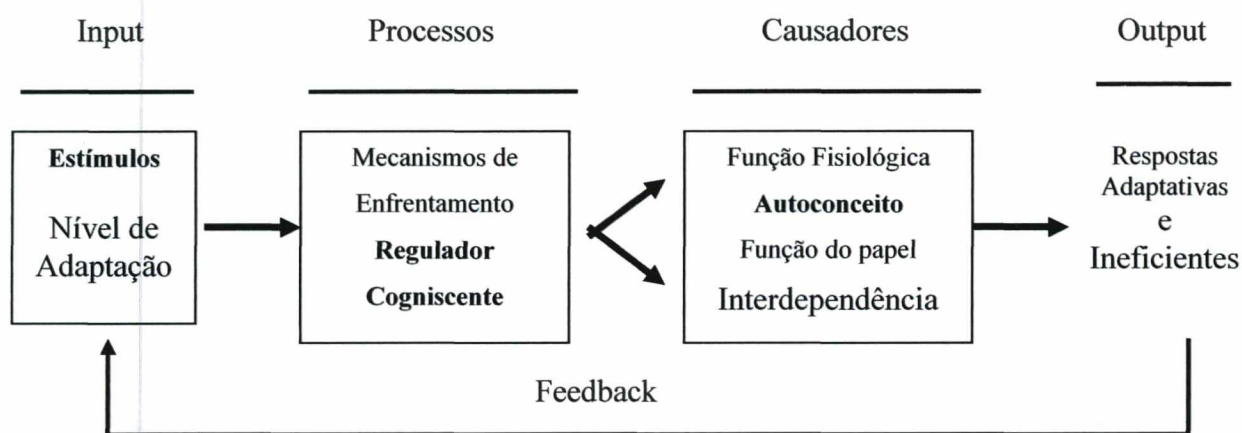
Conforme Galbreath (1993) e Leopardi (1999), há cinco elementos essenciais no Modelo de Adaptação proposto por Roy. São eles:

- 1 - a pessoa que recebe o cuidado de enfermagem;
- 2 - a meta da enfermagem;
- 3 - o conceito de saúde;
- 4 - o conceito de ambiente;
- 5 - a direção das atividades de enfermagem.

Estes cinco elementos, inter-relacionados, definem e esclarecem as bases teórico-metodológicas, sob as quais a (o) enfermeira (o) aplica o processo de enfermagem, a fim de promover a adaptação em situações de saúde e doença.

Para Roy, o cuidado de enfermagem começa pela identificação daquele que o receberá. Para tanto, este recebedor pode ser considerada a pessoa em si, a família, um grupo, uma comunidade ou uma sociedade, onde cada um é considerado um sistema holístico adaptativo. Portanto, para Roy, "os aspectos individuais das partes agem em conjunto para formar um ser unificado" (GALBREATH, 1993, p. 207), ocorrendo uma interação constante entre as pessoas e o ambiente, proporcionando, dessa forma, uma troca de informações, matéria e energia. Devido a constante mudança desse ambiente e por este interagir com o sistema, torna-se necessário uma contínua adaptação da pessoa com a finalidade de manter a sua integridade.

De acordo com Galbreath (1993), a figura a seguir foi elaborada por Roy para representar o sistema adaptativo de uma pessoa. Esse sistema possui um *input*, vindo do ambiente externo, bem como um *input*, vindo do interior da pessoa. Roy identifica os *inputs* como estímulos. Um estímulo constitui uma unidade de informação, matéria ou energia do ambiente ou de dentro da pessoa, que faz surgir uma resposta.



**Figura 1** – A pessoa como um sistema adaptivo (fonte: Galbreath, 1993 – p. 208).

O nível de adaptação é único para cada pessoa. O estímulo pode ser interpretado pelas pessoas através dos mecanismos de enfrentamento: os chamados subsistemas regulador e cognitor. O regulador caracteriza-se por uma resposta inata, ou seja, fisiológica, uma vez que a pessoa reage ao estímulo através do sistema nervoso autônomo responsável por organizar uma ação reflexa que permitirá ou não uma adaptação do indivíduo ao estímulo. Já o cognitor é um processo adquirido, estando relacionado a habilidades aprendidas ao longo da vida, favorecendo sua resposta adaptativa frente aos estímulos (LEOPARDI, 1999).

Roy afirma que os dois subsistemas agem, com frequência, juntos. O nível de adaptação é ampliado com a contínua utilização dos mecanismos de enfrentamento, aumentando dessa forma a efetividade das respostas positivas. (GALBREATH, 1993).

Para Leopardi (1999), as respostas produzidas se manifestam através de quatro modos efetores: necessidades fisiológicas, autoconceito, papel e interdependência.

O modo da *função fisiológica* é composto por: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e descanso, integridade da pele, sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina. É a única que está relacionada com o subsistema regulador.

O modo do *autoconceito* caracteriza-se pela idéia que a pessoa faz do seu “eu” através de suas crenças, valores e emoções. Pode ser expressa através do “eu” pessoal, físico e moral-ético-espiritual.

O modo do *papel* refere-se à integridade social da pessoa, contendo funções que refletem a interação com outras pessoas, sabendo qual o seu papel no meio interagido.

O modo da *interdependência* refere-se à adequação da pessoa através dos valores do padrão humano como a afeição, sistema de suporte, comportamentos receptivos e de contribuição.

Esses quatro modos constituem os canais através dos quais a pessoa adapta-se às modificações internas e externas. A reação à mudança, por parte da pessoa, pode ser processada, em geral, num único modo adaptativo. Mais freqüentemente, a reação é processada em mais de um modo (GALBREATH, 1993).

Segundo Souza et al (1989), os estímulos que podem provocar os mecanismos de enfrentamento vêm do ambiente e estão divididos em três categorias: focal, contextual e residual.

**Estímulos Focais:** são as mudanças imediatas que a pessoa enfrenta e que requerem dela uma resposta, como por exemplo, o medo, a separação e a dor.

**Estímulos Contextuais:** são os outros estímulos presentes na situação e contribuem para o efeito dos estímulos focais, mas não constituem o centro de atenção da pessoa. Exemplificamos o conhecimento da causa da dor, saber se a separação é temporária ou definitiva.

**Estímulos Residuais:** são as características do indivíduo que podem influenciar na situação. Exemplo: traumas anteriores, habilidades e conhecimentos pessoais.

No modelo proposto por Roy, o homem está em constante interação com o ambiente, respondendo ou adaptando-se aos estímulos que recebe do meio em que está inserido. Estas respostas ou adaptações favorecem a manutenção da integridade do ser, trazendo bem-estar à pessoa.

As duas teorias apresentadas representam o caminho fundamentador de nossa prática assistencial. Porém, para que o nosso cuidado fosse realizado de forma consistente, nossas crenças e valores estiveram aliados a essas teorias, constituindo o marco conceitual.

#### 4.3 MARCO CONCEITUAL

Para Monticelli (1994, p.41) o marco conceitual é definido como “uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre os vários conceitos que o compõe. Serve para direcionar ou guiar o processo da prática assistencial de enfermagem”.

Durante a prática assistencial, o marco conceitual deve guiar todo o tempo de desenvolvimento da mesma, favorecendo a organização do conhecimento e proporcionando a reflexão e interpretação dos momentos vividos (NITSCHKE apud MONTICELLI, 1994).

Assumindo que pressupostos são crenças, valores, qualidades intrínsecas (MONTICELLI, 1994), ou “coisas” em que se acredita (LÜDKE, 1991 apud MONTICELLI, 1994), ou ainda “significados assumidos arbitrariamente ou tentativamente aceitos, que são até certo ponto verdades” (DULDT; GIFFIN, 1985 apud MONTICELLI, 1994), apresentamos a seguir, alguns pressupostos salientados por Roy (GALBREATH, 1993; CONTRERAS, 1990), no que diz respeito à Teoria da Adaptação e, logo depois, incluiremos outros pressupostos que assumimos como nossos, tomando como base a Teoria do Apego. Ambos conjuntos de crenças e valores que formaram a base para a construção do marco conceitual, sobre o qual erguemos a proposta de nossa prática assistencial com os recém-nascidos prematuros e seus pais.

### **Pressupostos básicos da Teoria da Adaptação**

- a) A pessoa é um ser bio-psico-social.
- b) A pessoa está numa constante interação com as mudanças do meio ambiente.
- c) Para enfrentar as mudanças do mundo que lhe rodeia, o ser humano utiliza mecanismos adquiridos, os quais são de origem fisiológica, psicológica e social.
- d) Saúde e doença são dimensões inevitáveis da vida do ser humano.
- e) Para responder positivamente às mudanças do meio ambiente, o ser humano precisa se adaptar.
- f) A adaptação da pessoa depende da função dos estímulos aos quais a pessoa está exposta e do seu nível de adaptação.
- g) O nível de adaptação da pessoa é de tal forma que abrange uma zona indicando a extensão de estímulo que conduzirá a uma reação positiva.
- h) A pessoa é concebida como tendo quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, autoconceito, função do papel e relação de interdependência.

### **Pressupostos pessoais, elaborados a partir da Teoria do Apego**

- a) O apego não se estabelece de forma instantânea e depende da adaptação dos pais ao bebê e do reconhecimento de seus papéis.
- b) A internação do bebê em uma Unidade Neonatal constitui fator estressante para os pais e pode prejudicar a formação do apego.

- c) A(o) enfermeira(o) auxilia os pais na adaptação à situação vivida, favorecendo a formação do apego.

### **Principais conceitos e suas inter-relações**

**Ser Humano** - A primeira área de preocupação é a identidade daquele que recebe o cuidado de Enfermagem. Roy afirma que o recebedor do cuidado de Enfermagem pode ser a pessoa, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma sociedade. Cada um é levado em conta como um sistema holístico e adaptativo. Cada cliente (que Roy denomina de “pessoa”), é um ser bio-psico-social em constante interação com o meio em mudança, continuamente mudando e tentando se adaptar (GALBREATH, 1993). Nossos clientes (as “pessoas” com as quais desenvolvemos a prática assistencial) foram os recém-nascidos pré-termos internados na Unidade Neonatal e seus pais. Frente à situação de internação do bebê, os pais necessitam criar mecanismos de enfrentamento, adaptando-se a esta nova realidade. Com isso, os mesmos são estimulados e encorajados a entender, aceitar e caminhar em busca do “estar pronto” para a criação do apego com o seu filho. O bebê, por sua vez, sente os reflexos da interação com os pais e também se reorganiza para enfrentar a nova situação existencial com sua família. A(o) enfermeira(o) se adapta a realidade de cada família; isso significa que o cuidado deve ser individualizado, respeitando-se as características específicas de cada membro da família envolvido no processo.

**Saúde/Doença** - Para Roy (GALBREATH, 1993), saúde é um estado e um processo de ser e vir-a-ser uma pessoa integrada e total. A integridade da pessoa é expressa como a habilidade de alcançar as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e proficiência. Já a doença é o resultado de falhas nos mecanismos de enfrentamentos aos estímulos e das metas a serem alcançadas. Na situação de ter um filho internado em uma Unidade Neonatal, os pais precisam criar mecanismos de enfrentamento a este evento, estabelecendo a meta de estar junto ao bebê e buscar alcançá-la. Este enfrentamento contribui para a formação do apego entre os envolvidos, reforçando os laços afetivos. Para o bebê, este envolvimento leva a um melhor desenvolvimento psicomotor, emocional e comportamental. A(o) enfermeira(o), como profissional constantemente em contato com a família, tem a possibilidade de identificar alterações no processo adaptativo e promover o estabelecimento do apego da tríade mãe-pai-recém-nascido.

**Ambiente** - Os estímulos que partem da pessoa e aqueles que se originam do mundo em torno de si representam o elemento do ambiente, conforme Roy. O ambiente é especificamente definido como “todas as condições, circunstâncias e influências que cercam e afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas e grupos” (GALBREATH, 1993, p. 213). O ambiente físico de nossa área de atuação foi a Unidade Neonatal do HU. Ao mesmo tempo em que a UTI vem para contribuir na recuperação de bebês em estado crítico, a mesma dificulta a formação do vínculo/apego, uma vez que é percebida pelos pais como um ambiente relacionado a um prognóstico ruim. Além disso, os estímulos que são encontrados nesse ambiente, como incubadoras, sondas, cateteres, diminuição da privacidade e o estado de saúde dos demais bebês, comprometem ainda mais a relação. A ação da enfermagem ocorre no sentido de amenizar as dificuldades de apego e adaptação provocadas pelo ambiente desfavorável da Unidade Neonatal, para tanto a(o) enfermeira(o) pode ajudar a retirar ou minimizar os estímulos nocivos encontrados no ambiente.

**Enfermagem** - Roy não apresenta em sua teoria uma definição específica de enfermagem, apenas de metas e ações da mesma. De acordo com Galbreath (1993) as ações de enfermagem sugeridas pelo Modelo de Roy incluem métodos que visam à manutenção de respostas adaptativas, apoiando assim, os esforços da “pessoa” para utilizar, criativamente, seus mecanismos de enfrentamento. A enfermagem, aqui neste estudo, age auxiliando os pais a compreenderem a situação vivida, promovendo conhecimento das suas potencialidades e de como utilizá-las em benefício da relação. Para tanto, auxilia na formação do apego, agindo no sentido de promover a aproximação pais-bebê, como, por exemplo, abrindo a Unidade Neonatal aos pais; promovendo um ambiente de acolhimento e encorajamento; conduzindo pai e mãe no primeiro contato com o filho pré-termo; garantindo, em colaboração com outros profissionais, o alojamento seguro para a mãe puérpera; escutando os pais durante a hospitalização do bebê; promovendo atividades de grupo de pais; conduzindo os bebês prematuros para os pais, sempre que a situação clínica permitir; conversando e aproximando os demais elementos da família; dentre outras.

**Adaptação** - Segundo Blue, Brubaker, Papazian e Riester (1989), o nível de adaptação da pessoa é um ponto que sofre alteração contínua e é constituído por estímulos focais, contextuais e residuais, representando a individualidade do ser, que pode apresentar respostas efetivas ou não. Para o nosso estudo entendemos a adaptação como a capacidade do indivíduo de compreender os estímulos existentes no ambiente, elaborando meios e ações com a



finalidade de enfrentar a situação vivenciada. Frente à experiência de uma internação na Unidade Neonatal, os pais passam por um processo adaptativo, onde buscam enfrentar a nova realidade na qual estão inseridos, estabelecendo a formação do apego. Por sua vez, o recém-nascido pré-termo, além de adaptar-se a vida extra-uterina, busca também estabelecer o vínculo afetivo com seus pais. A enfermagem auxilia os pais e os bebês a responderem efetivamente aos processos adaptativos que estão vivenciando, colaborando com a formação dos laços familiares entre a tríade mãe-pai-recém-nascido.

**Formação do Apego** - A formação do apego é um fenômeno em que os adultos dispensam à criança preocupação e afeição, tornando-se comprometidos com a que estiver sob seus cuidados (ROBERTSON apud KLAUS; KENNEL, 1993), bem como significa o fenômeno em que a criança relaciona-se com os adultos, iniciando a formação do vínculo. Acreditamos que a formação do apego, no contexto do nascimento prematuro, seja um processo que possibilita tanto ao homem quanto à mulher, desenvolverem ações que os ajudam a desempenhar a maternidade e a paternidade, adaptando-se ao recém-nascido que agora está sob sua responsabilidade, e também o processo do recém-nascido iniciar o vínculo precoce com seus pais. É um fenômeno que se desenvolve de forma gradativa, podendo ser influenciado por fatores ambientais, oriundos tanto das reações dos pais, como da condição clínica do bebê. O nível de adaptação dos pais e dos recém-nascidos a tais fatores (facilitado pela atuação da(o) enfermeira(o)) influenciará o grau de intensidade com que o apego será formado.

## 5 METODOLOGIA

*“O segredo êxito na vida de um homem está em preparar-se para aproveitar a ocasião, quando ela se apresenta”.*  
(Disraeli)

As idéias, definições e teorias que serviram de referência para este trabalho não teriam a mesma eficiência se não contassem com uma estrutura que estabelecesse os passos e os focos da ação. Para tanto, a metodologia foi entendida, neste estudo, como um recurso que contém todos os conceitos necessários para o alcance dos objetivos e como deveriam ser aplicados, aliando as reflexões teóricas com a prática que foi realizada.

Este capítulo, portanto, tem a finalidade de demonstrar a proposta de implementação do Processo de Enfermagem, associando as Teorias do Apego e da Adaptação de Sister Callista Roy, que foi desenvolvido durante a nossa prática assistencial. Nele consta o local de realização do estudo, os participantes que vivenciaram o processo do estabelecimento do Apego, além das formas com que foram efetuados nossos registros e reflexões. Finalizando o capítulo, apresentaremos as estratégias gerais que foram programadas para atingir os objetivos propostos.

### 5.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

O local escolhido para o desenvolvimento da nossa prática assistencial foi a Unidade Neonatal do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), no município de Florianópolis, Santa Catarina. O HU está situado no Campus da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no bairro Trindade, sendo que foi inaugurado em maio de 1980. É administrado com recursos federais, sendo utilizado por alunos como campo de estágio e atende à comunidade que procura seus serviços.

No segundo andar deste hospital situa-se todo o Serviço Materno-Infantil, incluindo a Unidade Neonatal. A maternidade propriamente dita foi inaugurada em 20 de outubro de 1995, graças aos esforços da administração vigente do hospital, do governo federal e do trabalho interdisciplinar de um grupo de profissionais, alunos e professores das áreas da saúde da UFSC.

A filosofia da maternidade do HU é composta pelos seguintes pressupostos (Filosofia da Maternidade HU, 1992):

- Na maternidade do HU acredita-se que: em se prestando assistência se ensina;
- É direito de toda mulher – recém-nascido (RN) – família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;
- na atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;
- o sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe – RN – família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
- a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher – RN – família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;
- as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mãe – RN – família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;
- a equipe deve exercer um papel atuante na educação da mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação do aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;
- todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuadas, específicas, para prestação da assistência a que tem direito a mãe, o RN e a família;
- a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para todas e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato;
- o desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionem;
- a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

A Unidade Neonatal do Hospital Universitário da UFSC é o local onde ficam internados os recém-nascidos pré-termo, de baixo peso, e também os que nasceram com problemas orgânicos e estão correndo risco de vida.

As principais causas de internação na Unidade Neonatal do HU/UFSC são a prematuridade, o baixo peso e o desconforto respiratório. Esses bebês são, geralmente,

procedentes do Centro Obstétrico da própria instituição e em poucos casos provém do Alojamento Conjunto ou de outras cidades de Santa Catarina.

No momento da internação, o bebê normalmente chega com o neonatologista e o acompanhante do parto, sendo que este é orientado quanto as rotinas da unidade, os equipamentos presentes na unidade, a garantia de livre acesso para os pais e a importância da presença destes para o desenvolvimento da criança, favorecendo a formação do vínculo.

As normas e rotinas da Unidade estão em processo de revisão, visando a atualização das mesmas e a consonância com as políticas de humanização. Está em vigor, ainda, o manual de normas e rotinas do ano de 1997.

Com base na filosofia da humanização do cuidado, em 1996, iniciou-se a implantação do Projeto Mãe Canguru, através de estímulos a uma participação mais ativa dos pais nos cuidados e o contato pele a pele precoce (COSTA, 2004), além de outras finalidades. Este Projeto foi implementado e está sendo consolidado sob o suporte da política governamental brasileira, de acordo com a legislação estabelecida na Portaria nº 693 GM/MS (BRASIL, 2002a).

Em função do aumento da demanda, após o início do Programa Mãe Canguru, a Unidade Neonatal está sendo reformada, ampliando sua estrutura física, a fim de atender às novas necessidades assistenciais do método. A reforma da Unidade Neonatal é financiada pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Ao final deste processo, a unidade contará com uma sala de observação com quatro leitos, uma sala mãe-canguru com oito leitos, uma sala de isolamento com um leito e dois consultórios para atender a demanda ambulatorial (COSTA, 2004).

Segundo Roberta Costa\* (Enfermeira-chefe da Unidade Neonatal do HU), atualmente a unidade neonatal possui dez leitos, em função da reforma. A mesma subdivide-se em:

- cuidados intensivos (quatro leitos), onde internam os recém-nascidos pré termo e/ou baixo peso com graves problemas de saúde ou com menos de 1500 gramas. A assistência prestada é específica e conta com o apoio de um grande aparato tecnológico, como respiradores, aspiradores, monitores e outras aparelhagens;
- cuidados intermediários/mínimos (seis leitos), onde ficam os bebês que tiveram alta dos cuidados intensivos, necessitando adquirir peso e/ou estando clinicamente estáveis, porém ainda necessitando de algum cuidado específico (fototerapia, antibioticoterapia).

---

\* Comunicação verbal em 13 de agosto de 2004.

Na unidade encontra-se ainda: expurgo, sala de descanso médico, sala de descanso de enfermagem, almoxarifado, posto de enfermagem, sala de chefia, copa e sala para guarda de materiais.

Os pais têm acesso livre para permanecerem com o bebê na Unidade, assim como os irmãos do bebê. A Unidade não possui oficialmente um horário de visitas para outros familiares ou pessoas importantes, sendo cada caso avaliado pela enfermeira responsável.

A metodologia assistencial utilizada pela enfermagem, na Unidade Neonatal, segue o padrão do processo de enfermagem utilizado em todos os setores do HU/UFSC, que tem sua base teórica no modelo de Wanda de Aguiar Horta (Teoria das Necessidades Humanas Básicas) e contempla as etapas de histórico, prescrição e evolução. Esta última etapa (evolução da assistência) incorpora a sistematização do prontuário orientado para o problema, a partir do sistema Weed, e é registrada sob a forma de SOAP (dados subjetivos, objetivos, análise e plano).

A equipe profissional é formada por oito enfermeiras, 22 técnicas de enfermagem, 18 auxiliares de enfermagem, doze médicos neonatologistas, duas fonoaudiólogas e um escrivão. A unidade utiliza ainda os serviços de psicologia, nutrição, assistência social, fisioterapia e Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM).

Na maternidade do HU/UFSC existe um quarto para acolher algumas mães que possuem seus filhos internados na Unidade Neonatal. Este local é conhecido como “hotelzinho” e localiza-se contíguo ao alojamento conjunto da maternidade. O quarto possui quatro leitos, equipado com telefone, com capacidade para hospedar até cinco mães, para que as mesmas possam estar perto de seus bebês neste momento, favorecendo assim o estabelecimento/fortalecimento do processo de formação do apego. A diminuição da ansiedade, do medo, da frustração e da insegurança são alguns dos benefícios de se manter a mãe próxima ao seu filho. Tem preferência para a permanência neste local (já que o número de leitos é menor do que a demanda), as mães que não residem na Grande Florianópolis e/ou que amamentam seus bebês, não sendo consideradas internas do hospital. No entanto, podem desfrutar dos serviços oferecidos na maternidade, como psicologia, serviço social, nutrição e cuidados de enfermagem, sempre que houver necessidade.

## 5.2 POPULAÇÃO-ALVO

Nossa prática assistencial foi realizada com recém-nascidos pré-termos internados na Unidade Neonatal e seus pais. Escolhemos este foco porque gostaríamos de trabalhar o

desenvolvimento do apego e o estabelecimento dos laços afetivos entre os pais e o bebê, além de auxiliá-los na ultrapassagem dessa complexa fase da vida.

Para escolha dos participantes usamos alguns critérios como: a presença de pelo menos dois acadêmicos no momento da internação do recém-nascido na Unidade Neonatal ou na primeira visita dos pais a seu filho (poderiam estar presente neste momento só o pai ou só a mãe, esta última, possivelmente, estaria fazendo a primeira visita à filha ou filho, proveniente do Alojamento Conjunto). Estivemos presentes no primeiro contato dos pais com o bebê, para que pudéssemos começar a perceber o início do processo da formação do apego. Para tanto, a equipe da Unidade Neonatal foi de fundamental importância, uma vez que colaborou avisando-nos sempre que esta primeira aproximação familiar esteve prestes a ocorrer. Acompanhamos recém-nascidos cuja perspectiva de internação foi de, no mínimo, uma semana. No primeiro contato, procuramos também apresentar os pais aos membros da equipe.

Inicialmente, não foi realizada qualquer estimativa numérica de participação, e os critérios não necessariamente foram seguidos à risca, uma vez que a flexibilidade desses critérios é que guiaram nossas atividades com os bebês e suas famílias. Todas as participações foram eleitas em comum acordo com as enfermeiras da unidade. Também é importante esclarecer que as demais pessoas das famílias, consideradas significativas para os pais, foram convidadas a participar dos encontros.

Durante nossa prática assistencial, elegemos quatro crianças e suas famílias para fazer parte do nosso trabalho e assim desenvolvermos o processo de enfermagem proposto. Entretanto, desenvolvemos também atividades isoladas que envolveram quase todas as crianças que estiveram internadas na Unidade durante a nossa prática. Tais atividades, em síntese, foram: cuidados de higiene à prematuros; instalação de fluidoterapia; transporte e movimentação de RNs; aplicação de práticas de organização e conforto aos bebês, em incubadoras e/ou berços aquecidos; auxílio no processo de amamentação e alimentação através de gavagem e “chuca”; venopunção; sucção nutritiva e não-nutritiva; passagem de sonda orogástrica e nasogástrica; teste do pezinho; desinfecção de incubadoras e berços aquecidos; acompanhamento de alta, entre outros.

Respeitando o anonimato dos participantes, conforme estabelecido em nosso Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, utilizamos nomes de anjos para identificar os recém-nascidos. Os bebês selecionados foram: **Gabriel** (força de Deus), **Miguel** (que é como Deus), **Samuel** (ouvido por Deus) e **Raphael** (cura de Deus). Os significados desses nomes foram baseados em Bischoff (2004).

No decorrer de nossa prática, acompanhamos a alta de Miguel. Não estávamos presentes no momento em que Raphael recebeu alta. Samuel e Gabriel continuavam internados após o término do período da prática assistencial.

### 5.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Entendemos o processo de enfermagem como a metodologia assistencial propriamente dita e que é guiada pelo referencial teórico adotado no estudo. Foi, portanto, a ferramenta principal para abordar o cuidado de enfermagem através de dados coletados, interpretação dos mesmos, elaboração e implementação do plano de ação e avaliação dos resultados obtidos durante e ao final do nosso contato com a população-alvo (recém-nascido e seus pais).

O processo de enfermagem, como já se disse, teve como sustentação a Teoria do Apego e a Teoria da Adaptação da enfermeira Sister Callista Roy. Esta última, contudo apresentou-se de modo mais fecundo para ajudar a trilhar o caminho (processo de enfermagem) com a clientela, por estabelecer claramente (com pequenas adaptações, naturalmente) os passos a serem seguidos (avaliação, diagnóstico, estabelecimento de metas e implementação, além da evolução da assistência de enfermagem).

O processo de enfermagem de Roy tem como meta a promoção de respostas adaptativas eficientes, relacionadas aos quatro modos adaptativos (modo de função fisiológica, modo de autoconceito, modo de desempenho de papel e modo de interdependência), utilizando informações sobre o nível de adaptação da “pessoa” (recém-nascido prematuro e seus pais), a partir dos estímulos presentes no ambiente.

O modelo original proposto por Roy compreende cinco fases: avaliação de primeiro e segundo nível (que corresponde a dois movimentos da etapa da coleta de dados), diagnóstico, fixação de metas/intervenção e evolução (GALBREATH, 1993). Entretanto, para tornar nossa prática mais de acordo com a realidade da Unidade Neonatal, optamos por resumirmos a primeira etapa, denominando-a tão somente como “avaliação”. As demais etapas seguem a sistematização da assistência sugerida por Roy.

Para uma melhor compreensão dos quatro passos que compuseram o processo de enfermagem planejado, abordaremos cada um deles, registrando o nosso entendimento e citando um exemplo de cada um desses passos. A descrição pormenorizada de seu desenvolvimento na prática propriamente dita, bem como a análise correspondente, serão abordados no capítulo 6.

### 5.3.1 Avaliação

Refere-se à coleta de dados sobre o comportamento da “pessoa” (recém-nascido e seus pais) com o objetivo de identificar o nível de adaptação em relação aos quatro modos adaptativos. É chamada também de avaliação comportamental.

Os dados relacionados ao modo fisiológico foram centrados no recém-nascido (entretanto, envolveu a mãe/puérpera, quando necessário), o modo de autoconceito e função do papel tiveram como foco os pais, e o modo de interdependência abrangeu tanto o recém-nascido quanto os pais, e também as relações mantidas com os acadêmicos e os outros membros da equipe.

Nesta coleta de dados (inicial e diária), identificaram-se os estímulos sempre que existiram respostas adaptativas ineficientes ou reações que requereram assistência de enfermagem. Embora o modelo proposto por Roy previsse a divisão dos estímulos em focal, contextual e residual, optamos por não realizar essa classificação uma vez que entendemos que todos os estímulos partiam do ambiente podendo gerar reações que influenciavam na formação do Apego.

O **Apêndice A** contém o instrumento utilizado para esta primeira etapa de avaliação do recém-nascido e seus pais. Este instrumento foi utilizado apenas como um guia de orientação para a avaliação dos modos adaptativos, sendo que a situação clínica do RN, bem como a disposição, disponibilidade e aceitação dos pais é que encaminhou o aprofundamento dos dados coletados nos dias que seguiram à assistência de enfermagem aos recém-nascidos pré-termos e seus pais, seja na Unidade Neonatal, no “hotelzinho”, ou em qualquer outro local onde houve negociação para a obtenção de dados.

As técnicas utilizadas para a obtenção dos dados constantes no instrumento (Apêndice A) foram entrevistas e observações gerais e focalizadas.

Exemplo: durante a coleta de dados referente ao Modo de Função de Papel, observou-se que o RN assistido quase não recebia a visita de sua mãe, internada no Alojamento Conjunto da instituição. Quando a mãe o visitava, ela não interagiu com o filho, não conversava com ele e nem o tocava. A mãe referia a um dos funcionários que a gravidez não fora planejada e que toda a situação estava confusa para ela.

### 5.3.2 Diagnóstico de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é o estabelecimento de respostas adaptativas apresentadas pela pessoa, relacionadas com um ou com uma combinação dos quatro modos



adaptativos e sempre advém dos comportamentos frente as respostas adaptativas ou reações referentes aos estímulos ambientais e que requerem assistência de enfermagem.

Por essa razão, optamos por utilizar qualquer uma das três maneiras de formulação do(s) diagnóstico(s) de enfermagem propostas por Roy, sendo que uma das maneiras de se descrever o diagnóstico consiste em apenas descrever a resposta ineficiente (ou as respostas ineficientes) entre os quatro modos adaptativos. A outra maneira consiste em associar o comportamento observado com o estímulo mais relevante; e a terceira maneira procura aliar um ou mais dos quatro modos adaptativos com os estímulos correspondentes. Conforme os dados foram sendo aprofundados, também foram se aprofundando os diagnósticos e tornando mais claras as respostas adaptativas efetivas ou não.

Exemplo: baseado nos dados coletados na primeira etapa do processo, e dentro das possibilidades de diagnósticos propostos por Roy, tivemos que a mãe apresentava *Dificuldade no desempenho do papel: maternagem* (neste caso, o diagnóstico registrado corresponde à primeira maneira de formulação diagnóstica apontada pela teórica).

### **5.3.3 Estabelecimento de Metas e Implementação**

Nessa fase do processo, fez-se um planejamento de ações que objetivaram afastar ou alterar os estímulos geradores dos diagnósticos levantados nas etapas anteriores. Em seu modelo, Roy propõe que as metas de Enfermagem visem também incentivar respostas adaptativas eficientes, a fim de estimular o enfrentamento da “pessoa” assistida. Sendo assim, entendemos que meta é o objetivo traçado a partir da análise e classificação dos dados coletados, com a finalidade de alcançar respostas adaptativas eficientes através do planejamento de ações que visem o estabelecimento dessa meta.

A implementação é o caminho para se atingir a meta, por meio de estratégias que tenham como objetivo ampliar a capacidade de adaptação do recém-nascido e seus pais, manipulando, para isso, os estímulos, através de intervenções e execuções das ações.

Exemplo: para o caso apresentado, a meta foi de que a mãe iria desempenhar o papel desejado, interagindo com o recém-nascido, quando compreendesse melhor a situação pela qual ambos estavam passando.

Entre as muitas ações que puderam ser implementadas para alcançar a meta, podemos citar: o envolvimento da mãe nos cuidados com o recém-nascido, buscando-a no Alojamento Conjunto; realização de encontros desta mãe com outros pais de bebês internados, a fim de trocarem experiências; explicação para a mãe sobre os motivos da internação do seu

filho, dentre outras que poderão ser melhor vislumbradas no próximo capítulo, quando apresentarmos os processos propriamente ditos.

#### 5.3.4 Evolução

Compreende a avaliação das metas traçadas e da implementação das ações, resgatando as fases anteriores caso os resultados obtidos não sejam satisfatórios com os objetivos pretendidos no início do processo.

Exemplo: após alguns dias, observou-se que a mãe estava mais interessada e participante nos cuidados com o seu filho. Mantivemos o plano de ação, uma vez que a meta estava sendo alcançada.

Além dos registros feitos formalmente nos documentos planejados nos apêndices, conforme já apresentamos, também optamos pela utilização de um Diário de Campo, que foi mantido pelos acadêmicos, individualmente, durante o decorrer da prática assistencial, onde foram efetuadas as anotações diárias referentes às conquistas, dificuldades de ordem teórico-metodológicas e replanejamento das ações assistenciais, interacionais ou estratégicas que se fizeram necessárias.

Os itens referentes às etapas de diagnóstico, fixação e implementação de metas e evolução foram registrados diariamente no instrumento presente no **Apêndice B**.

### 5.4 QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVIDAS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

O desenvolvimento da nossa prática assistencial visou principalmente o fortalecimento do vínculo afetivo entre os pais e seu filho, tanto por meio do cuidado entre os participantes, como através da criação de estratégias que pudessem favorecer tal ação. Por isso, fez-se necessário termos algumas referências éticas que foram seguidas durante a aplicação desse estudo.

Entendemos como questões éticas o respeito à integridade física e moral dos participantes deste trabalho, compreendendo suas limitações e sentimentos quanto ao momento que estão vivendo, mas também a realização de cuidados de enfermagem que sejam desenvolvidos de modo seguro, livre de riscos e balizados no código de ética da profissão.

Frente a estes princípios gerais, definimos quais questões éticas seriam adotadas em nossa prática:

- cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, conforme consta no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 240/00 (COFEN, 2000);
- informar aos pais sobre o trabalho a ser realizado, seus objetivos e a relevância do mesmo para o momento que estão vivendo;
- obter autorização dos participantes (pais dos recém-nascidos), através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice C**);
- assegurar aos pais a possibilidade de desistência do estudo, em qualquer momento, sem que isso acarrete em prejuízo de qualquer natureza;
- garantir o anonimato dos pais e do bebê, trocando seus nomes verdadeiros, por fictícios, no relatório final e em qualquer apresentação pública do estudo;
- fotografar os participantes somente mediante autorização por escrito, após a visualização das imagens (**Apêndice D**). Para facilitar a visualização das fotos imediatamente após sua retirada e ser aprovada pelos participantes, fizemos uso de uma máquina digital;
- apresentar o projeto da prática assistencial à equipe neonatal, solicitando a colaboração de todos os profissionais e colocando-se à disposição para prestar os esclarecimentos necessários sobre o mesmo, em qualquer etapa do estudo;
- manter a equipe interdisciplinar da unidade e os participantes informados sobre o andamento do trabalho.

## 5.5 PLANO GLOBAL DE AÇÃO

Para melhor compreensão do leitor acerca dos objetivos traçados para a prática assistencial, optamos por mencioná-los novamente agora junto com as estratégias propostas no plano global de ação. As ações que desenvolvemos durante a prática, visando perseguir esses objetivos, estarão descritas no capítulo 6.

**Objetivo 1** - Conhecer o funcionamento e a organização da Unidade Neonatal do HU/UFSC, interagindo com a equipe interdisciplinar.

### **Estratégias:**

- apresentar-se à equipe da Unidade Neonatal;
- apresentar o projeto à equipe interdisciplinar, compartilhando nossas idéias e discutindo sugestões;

- obter familiarização com o funcionamento e dinâmica da Unidade;
- conhecer as rotinas, organograma e normas existentes na Unidade Neonatal;
- envolver a equipe interdisciplinar na aplicação do projeto da prática assistencial, objetivando sua colaboração para a efetivação do mesmo.

Consideraríamos o objetivo alcançado se:

- existisse aceitação do projeto por parte da equipe atuante da Unidade Neonatal;
- estabelecêssemos uma relação com a equipe, bem como proporcionássemos um ambiente propício para a realização do trabalho;
- reconhecêssemos, seguíssemos e refletíssemos sobre as normas e rotinas da unidade, contribuindo com críticas e sugestões para o funcionamento e operacionalização das mesmas;
- realizássemos um pré-estágio de mais ou menos oito horas, antes da realização da prática assistencial propriamente dita.

**Objetivo 2** - Aprofundar conhecimentos sobre recém-nascidos, em especial os pré-termos internados em Unidade Neonatal, e sobre o processo da formação do apego.

**Estratégias:**

- realizar revisão literária contínua sobre os temas pertinentes ao nosso estágio;
- discutir com a orientadora e supervisoras, além dos outros profissionais atuantes na área, os assuntos estudados, dúvidas existentes e casos ou experiências ocorridas durante o estágio;
- participar de eventos, treinamentos e/ou reuniões que contribuam para a realização do projeto, qualificação da assistência pretendida com o mesmo e crescimento pessoal dos participantes do processo.

Consideraríamos o objetivo alcançado se:

- tivéssemos conhecimentos específicos para agirmos com segurança frente aos casos que surgissem durante a prática;
- participássemos de eventos/treinamentos durante o período de realização da prática assistencial;

- tivéssemos a oportunidade de compartilhar as experiências vivenciadas com os profissionais da equipe interdisciplinar, com a orientadora e com a supervisora.

**Objetivo 3** - Desenvolver o processo de enfermagem com os recém-nascidos e seus pais, identificando e trabalhando as respostas adaptativas ineficientes que estejam prejudicando a formação do apego, assim como as respostas eficientes que contribuam para o mesmo processo.

**Estratégias:**

- interagir com os recém-nascidos pré-termo e seus pais, buscando conhecê-los, nos deixar conhecer e apresentar nossa proposta assistencial;
- solicitar consentimento formal aos pais dos recém-nascidos, para desenvolver a prática assistencial;
- prestar assistência de enfermagem aos recém-nascidos e seus pais, com base na Teoria do Apego e na Teoria da Adaptação;
- coletar dados, avaliá-los, implementá-los de acordo com a metodologia proposta pelos acadêmicos, visando a promoção e fortalecimento do apego pais - recém-nascido pré-termo.

Consideraríamos o objetivo alcançado se:

- estabelecêssemos interação com os recém-nascidos e seus pais, construindo uma base de confiança mútua;
- realizássemos no mínimo a relação de dois processos de enfermagem integrais por acadêmico (ainda que mantendo função cooperativa durante toda a prática assistencial);
- identificássemos comportamentos que estivessem dificultando o estabelecimento do processo de formação do apego e intervíssemos com ações que possibilitem a efetivação do mesmo;
- identificássemos as dificuldades de adaptação dos pais dos recém-nascidos pré-termos, durante o período de internação na Unidade Neonatal, e intervíssemos em negociação particularizada com os mesmos, a fim de promover práticas adaptativas saudáveis.

**Objetivo 4** – Promover encontros coletivos com os pais de recém-nascidos que estejam vivenciando a experiência comum de ter um filho pré-termo internado em uma Unidade Neonatal, buscando refletir em grupo sobre o estabelecimento do vínculo e as demandas adaptativas relacionadas ao evento.

**Estratégias:**

- estimular expressões de sentimentos dos pais frente a situação encontrada;
- compartilhar experiências com outros envolvidos, procurando trazer pais que tenham vivenciado esse processo;
- proporcionar um espaço para elucidar dúvidas existentes entre os participantes;
- oferecer dinâmicas para descontração dos pais;
- envolver a equipe interdisciplinar, com a presença de um membro que represente a mesma nesses encontros, com a finalidade de dar uma continuidade a esta estratégia caso essa experiência se mostre positiva.

Consideraríamos o objetivo alcançado se:

- desenvolvêssemos pelo menos dois encontros coletivos com os pais dos recém-nascidos pré-termos;
- os encontros se mostrassem como estimuladores do processo de formação do apego;
- os pais se sentissem mais fortalecidos para enfrentar a situação vivida.

## 6 O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

*“Se não deres nada de ti mesmo aos outros, muito pouco de ti acabará por valer alguma coisa.”  
(George H. Allen)*

Este capítulo tem como intuito apontar as ações realizadas para se alcançar os objetivos traçados para a prática, bem como avaliar essas ações. Nele estará descrito nossas impressões, anseios, conhecimentos adquiridos no período, os resultados das estratégias utilizadas, dificuldades durante o percurso metodológico e principalmente as experiências vivenciadas por nós, naquilo que entendemos como processo de formação do apego e demandas adaptativas relacionadas ao nascimento inesperado e prematuro.

### 6.1 FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE NEONATAL E APROXIMAÇÕES COM A EQUIPE DE SAÚDE.

Ainda no início da disciplina e formulação do projeto assistencial, ficou evidente o curto espaço de tempo que teríamos para a realização da prática assistencial. Além disso, já entendíamos o papel fundamental que a equipe interdisciplinar desempenharia para a obtenção dos resultados, tornando-se essencial sua interação, tanto com o projeto, quanto com os acadêmicos.

Como estratégia principal para aproveitamento do tempo disposto para a realização da prática, optamos pela realização de um pré-estágio anteriormente ao início das atividades. Durante esse período, demos preferência por interagir com a equipe e conhecer a organização e funcionamento da Unidade no intuito de que, com o início da prática, estivéssemos ambientados com a equipe e com a dinâmica de funcionamento da Unidade Neonatal.

No primeiro dia do pré-estágio, fomos apresentados à equipe por uma de nossas supervisoras. Fomos orientados, nesse dia, sobre como os recém-nascidos são admitidos na Unidade e como é a recepção aos pais no momento que acompanham a internação ou posteriormente, no primeiro contato que terão com o seu filho.

Os pais são orientados, no primeiro momento, sobre o seu direito de livre acesso à Unidade Neonatal, o uso do avental durante a permanência nas dependências, quanto à lavagem das mãos, além da importância de sua presença para o desenvolvimento afetivo e recuperação física do bebê.

Parte de uma boa assistência de enfermagem e rapidez necessária em uma Unidade Intensiva passa pelo conhecimento da estrutura e organização do local da assistência. Por isso, optamos por conhecer o ambiente físico, a disposição e armazenamento dos materiais, os impressos utilizados e os documentos que orientam o funcionamento do local escolhido para nossa prática assistencial.

No segundo dia de pré-estágio, focamos nossa atenção no processo de interação entre os recém-nascidos e seus pais. Tivemos a oportunidade de observar a internação de um bebê proveniente de um município do interior do estado, que veio acompanhado do pai, já que a mãe ainda estava no período de puerpério imediato, internada no Hospital onde ocorreu o parto. Esta oportunidade inicial foi de grande importância, pois preparou nossos olhares para a prática que desenvolveríamos nos próximos dias, sensibilizando-nos quanto as etapas do processo de formação do apego e das respostas adaptativas apresentadas pelos envolvidos no momento da internação.

Igualmente importante, durante este período de pré-estágio, foi a possibilidade de confirmarmos a viabilidade de nossa proposta assistencial, pois percebemos a associação do referencial teórico utilizado com os eventos que ocorriam no momento de interação entre os pais e o bebê pré-termo.

Seguindo sugestão de uma de nossas supervisoras, planejamos a apresentação do projeto assistencial à equipe no intervalo dos funcionários, ficando os acadêmicos responsáveis por trazer o lanche. Tal estratégia visava também uma nova oportunidade de aproximação com a equipe interdisciplinar e envolvimento dos mesmos nas atividades referentes ao projeto. Como essa pausa dependia da dinâmica de trabalho diária, não foi possível a realização da apresentação, postergando para outra data. Contudo, no decorrer dos dias de assistência, o projeto foi sendo apresentado informalmente à equipe de enfermagem, tendo aceitação e algumas contribuições já no primeiro momento. Como havia a necessidade de apresentação formal da proposta, aproveitou-se um período de tranquilidade das atividades na Unidade e a presença de profissionais de outras áreas.

Como a equipe de enfermagem já estava ciente sobre o projeto e acompanhava diariamente nossa prática, as questões levantadas e opiniões nesse momento foram provenientes da equipe médica. A mesma elogiou o tema do projeto e a proposta de trabalho, justificando o foco de atenção dada à relação inicial entre os pais e bebê não ser uma prática comum na área médica.

Fomos surpreendidos com o questionamento dos profissionais da medicina do motivo de estarmos realizando o estágio na Unidade Neonatal, se outros alunos de



enfermagem viriam prosseguir com o trabalho, por que existe um foco específico na assistência e se iríamos realizar outras atividades cotidianas na Unidade, pertinentes ao profissional de enfermagem. Aproveitamos a oportunidade para explicitar a finalidade de um Trabalho de Conclusão de Curso na área da enfermagem, salientando que, além de termos a assistência de enfermagem ancorada nesse embasamento teórico, nossa inserção e participação nos cuidados realizados diariamente na Unidade, também seriam de grande importância para o nosso crescimento profissional.

Nessa apresentação, colocamos a importância da participação da equipe para o sucesso da prática, devido à vasta experiência que todos possuem na área neonatal. Pedimos a colaboração dos profissionais na seleção das famílias, solicitando que fossemos avisados, ou nossas supervisoras, sempre que existisse a possibilidade de uma nova internação.

No decorrer da prática assistencial, conseguimos estabelecer laços de confiança com a equipe, procurando acompanhá-los em suas atividades diárias e auxiliando no que fosse necessário e estivesse ao nosso alcance. Participamos também da escala de lanches mensal juntamente com a equipe interdisciplinar e de um almoço coletivo organizado pelos funcionários, demonstrando assim a interação positiva estabelecida com a equipe da Unidade Neonatal.



Acadêmicos em momento de interação com a equipe da Unidade Neonatal. Foto autorizada mediante consentimento formal.

Sempre que havia a possibilidade de um nascimento prematuro, ou quando a equipe percebia alguma dificuldade no relacionamento entre pais-bebê, que fosse prejudicar a formação do apego, éramos prontamente avisados. O mesmo acontecia quando existia algum procedimento ou atividade que contribuiria para a nossa formação profissional.

Com a proposta de nosso estudo de acompanhar o relacionamento pais-bebê desde o início, procuramos estar presentes nas primeiras visitas dos pais ao seu filho, o que nos levou a comparecer na Unidade em diferentes horários, sempre deixando a enfermeira de plantão ciente de nossos objetivos. O nosso projeto teve boa aceitação por parte das enfermeiras. Um exemplo disso foi quando uma enfermeira nos relatou que passaria a incluir dados referentes à interação entre o recém-nascido e seus pais em suas evoluções.

No nosso último dia de estágio, como forma de agradecimento à equipe pela troca de experiências que nos foi oportunizada, oferecemos um lanche a todos os profissionais. Nesse último dia tornou-se evidente o bom relacionamento conquistado durante nossa prática assistencial com os funcionários da Unidade.

Consideramos este objetivo plenamente alcançado, devido ao fato da equipe ter aceitado o nosso projeto e ter contribuído durante a aplicação prática do mesmo. Isso ficou evidente, por exemplo, quando uma das médicas da Unidade incentivou um dos pais a pegar seu bebê no colo, chamando-nos para acompanhar aquele momento e solicitar nosso apoio na condução da interação. Também conseguimos estabelecer uma relação de confiança e respeito mútuo com a equipe, o que facilitou a nossa atuação junto ao bebê e sua família. Através de nossas práticas percebemos algumas mudanças que ocorreram na unidade, como por exemplo, a inserção do dado “presença dos pais” no livro de passagem de plantão utilizado pelas enfermeiras. A equipe do período matutino também começou a acrescentar este dado em suas anotações complementares.

## 6.2 PRINCIPAIS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS DURANTE A PRÁTICA

No decorrer de nossa prática assistencial surgiram algumas situações que exigiram a busca por novos conhecimentos e aprofundamento daqueles que já havíamos adquirido durante a elaboração do projeto. Sendo assim, descreveremos a seguir algumas dessas situações e a revisão que realizamos, buscando sempre prestar uma assistência de qualidade para os recém-nascidos prematuros e suas famílias.

Sentimos necessidade de revisar alguns conteúdos relacionados ao desenvolvimento e as características do bebê pré-termo, abordados na revisão de literatura. Muitas de nossas dúvidas foram esclarecidas no campo, pelas supervisoras e pela orientadora. Mas tornou-se fundamental aprofundarmos nossos conhecimentos nesses assuntos para que orientássemos os pais com segurança e clareza.

Optamos por descrever dois assuntos, transporte de bebês pré-termos, a possibilidade de morte e morte neonatal, uma vez que esses dois temas necessitaram de uma maior reflexão de nossa parte.

Durante nossa prática, passamos pela experiência de ter uma mãe impossibilitada de ir ver seu filho na Unidade Neonatal. Este fato nos fez buscar uma literatura que tratasse sobre o **transporte de bebês pré-termos sadios para suas mães**.

Klaus e Kennell (1993) realizaram um estudo com bebês prematuros saudáveis (peso entre 1.500 e 2.100 gramas e idade gestacional entre 32 e 36 semanas) e suas mães. Os neonatos selecionados eram levados por uma enfermeira até o local onde suas mães estavam internadas. Os bebês eram colocados na cama e a enfermeira limitava-se a observar o estado geral do recém-nascido, como cor da pele e frequência respiratória. Os autores perceberam que as mães que recebiam a “visita” de seus filhos despendiam maior quantidade de tempo a tocá-los e observá-los do que as mães que iam até a Unidade, onde os recém-nascidos permaneciam em incubadoras. Eles concluíram que levar o bebê até sua mãe aumenta o contato físico entre ambos, e os toques, principalmente no tronco do bebê, ocorrem mais prontamente. Observou-se também que as mães conversavam mais com os bebês, buscando obter respostas dos recém-nascidos.

No momento que levamos o bebê para sua mãe, pudemos confirmar o que a literatura traz sobre esta intervenção. Foi um momento de interação único, onde a mãe tinha sua atenção voltada única e exclusivamente para o filho, deitado ao seu lado.

Para os autores esta prática deve ser apoiada e incentivada pelas instituições de saúde, visto que traz grandes benefícios tanto para a recuperação dos bebês, quanto de suas mães. Barnard (apud KLAUS; KENNEL, 1993) concorda com essa opinião quando coloca que a permissão que a instituição dá à equipe para se relacionar com os pacientes é fundamental, e que deve se dar chance para o desenvolvimento de relacionamentos calorosos e confortadores entre a equipe de saúde e os pais dos bebês prematuros. A autora coloca que isso pode fazer a equipe sentir-se melhor em relação ao cuidado que desenvolve. A experiência vivenciada por nós vem para confirmar a opinião dos autores.

No decorrer de nossa prática assistencial, nos deparamos com algo para o qual não estávamos preparados: a **possibilidade da morte** de um dos bebês que estávamos acompanhando, aliado ao questionamento materno “será que ele...” (com gestos indicando a possibilidade de não sobrevivência do recém-nascido) e a morte de um outro recém-nascido. Mesmo realizando nosso estágio em uma Unidade Neonatal, a possibilidade de ocorrer um óbito não fazia, até o momento, parte de nosso cotidiano.

“Em nossa sociedade pouco se fala em morte, que é tida como um tabu. Amedrontadora e temida, ela se torna ainda mais difícil de ser enfrentada quando diz respeito às crianças, pois estas deveriam ter pela frente, sempre, a vida. Por uma questão de estratégia de sobrevivência em meio a um ambiente estressante como o de uma UTI Neonatal, pela vontade e necessidade de permanecer acompanhando os filhos mesmo em momentos graves e, por conta da dificuldade em lidar com esse tema socialmente interdito, há uma tendência, partilhada por todos, a apostar, exclusivamente na vida” (BRAGA; MORSCH, 2003).

Para uma assistência de qualidade, vimos a necessidade de realizar uma revisão de literatura sobre a “preparação da família para a morte do recém-nascido”.

Segundo Kenner (2001), o tipo de intervenção que a família precisa, depende da relação que eles estabeleceram com o recém-nascido e o seu entendimento sobre o pesar. Assim, para amenizar a situação de pesar e enfrentá-la de forma saudável, a enfermagem deve adotar medidas que ajudem os membros da família a concluir o vínculo estabelecido com o bebê antes da possibilidade de morte.

Alguns membros da família experimentam uma fase de negação curta (após a morte de um recém-nascido), outros não passam pela negação e mostram sinais de raiva, culpa e desespero. Desse modo, os familiares que estão em fase de negação necessitam de informações claras e precisas sobre a condição da criança para auxiliá-los a lidarem com o pesar. Já o sentimento de raiva, geralmente é expresso pela acusação a outros membros sobre a situação do bebê, devendo-se, portanto, salientar que o óbito neonatal ocorre em detrimento a múltiplos fatores. Embora a mãe tenha maior probabilidade de expressar sentimentos de culpa (normalmente por atos realizados durante a gestação e se achar a única responsável pelo desenvolvimento do filho), o pai pode senti-la por não ter se envolvido suficiente com a assistência à mãe durante a gestação (KENNER, 2001).

A reação de pesar antecipada e o afastamento emocional podem ocorrer por um período curto ou continuar durante toda a hospitalização do recém-nascido. Embora esses comportamentos possam aliviar a dor quando ocorrer um óbito perinatal previsto, também podem criar problemas de vínculo se o recém-nascido sobreviver (KENNER, 2001, p.279-280).

A observação de fatores como o afastamento dos pais nesse momento, indicam ao cuidador o risco para que o vínculo possa ser formado. A certificação da compreensão dos pais sobre a condição do filho auxilia no enfrentamento do pesar pelos mesmos. A informação de que o recém-nascido de alto risco em estado grave tem possibilidade de recuperação é igualmente importante a fim de não prejudicar uma relação já estabelecida.

O bebê acompanhado se recuperou e as reações dos pais foram observadas. Ao mesmo tempo em que ocorria o afastamento materno, através da diminuição de sua

permanência na Unidade Neonatal, oportunizou a intensificação da interação entre o pai e o bebê, antes inibido pela presença materna e pela separação do casal.

Diante do óbito do outro bebê, a enfermeira supervisora nos convidou para acompanhá-la no momento de preparação do corpo do bebê e entrega do mesmo aos seus pais. Os pais do bebê não estavam presentes no momento da ocorrência, sendo avisados posteriormente.

Segundo Kenner (2001), o(a) enfermeiro(a) neste momento deve oferecer apoio aos pais e também tomar providências com relação ao óbito. Se os pais não estiverem na Unidade no momento da morte, quando eles forem avisados, o(a) enfermeiro(a) deve estar presente, para poder oferecer apoio emocional à eles. É papel do(a) enfermeiro(a) preparar o corpo do bebê, que deve ser lavado, vestido e enrolado de uma forma que apenas os aspectos positivos apareçam. Remover as manchas de secreções e marcas de esparadrapo, cobrir feridas cirúrgicas e locais de punção com curativos pequenos.

Também é importante manter lembranças do bebê, tais como a pulseira de identificação, fotografias, mecha de cabelo, entre outros e oferecê-los aos pais, que poderão querer levar estes pertences para casa. Mais tarde, quando o choque inicial for superado, essas lembranças podem ajudar (KENNER, 2001).

No caso que presenciamos, vestimos roupas no bebê, cobrimo-lo e perguntamos aos pais se queriam ver o filho pela última vez, sendo que eles aceitaram, ficando com ele em um local reservado. A mãe pegou seu filho no colo e chorou muito, acariciou o rosto do bebê e o aconchegou em seus braços. O pai ficou ao lado da mãe durante o tempo todo e chorou também. Primeiramente, permaneceu com o olhar para o bebê e depois desviou o olhar. Oferecemos apoio e conforto para eles neste momento, fechamos o pequeno caixão e entregamos aos pais, pois o serviço funerário estava aguardando. Foram embora de mãos dadas.

A morte deste bebê foi, sem dúvida, um evento marcante em nossa prática assistencial. Durante nossa formação aprendemos a lutar pela vida, sendo que em poucas ocasiões discutimos sobre a finitude desta vida pela qual lutamos. Portanto, a morte torna-se um acontecimento extremamente difícil de ser enfrentado, principalmente quando ocorre ainda no período neonatal.

Com a finalidade de nos mantermos atualizados, participamos de alguns **eventos** relacionados a nossa prática assistencial. Nos dias 16 e 17 de setembro participamos da “Capacitação do Método Mãe Canguru”, realizado no auditório do HU/UFSC, com a participação de vários profissionais, de diversas áreas, das instituições de saúde da Grande

Florianópolis. Neste evento tivemos a oportunidade de refletirmos sobre o cuidado humanizado destinado aos bebês prematuros e suas famílias.

Nos dias 21 e 22 de outubro participamos da “V Jornada Científica da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina”, que teve como tema central: “Cuidando da Família no Processo do Nascimento”. Tivemos a oportunidade de assistirmos à palestra da psicóloga Maria Teresa Maldonado, que abordou questões relacionadas a nossa prática assistencial.

Entre os dias 24 e 29 de outubro participamos do “56º Congresso Brasileiro de Enfermagem”, intitulado “Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser”. Este evento nos proporcionou a experiência de visualizar a prática de enfermagem nas diversas regiões brasileiras. Pudemos presenciar algumas discussões relacionadas ao cuidado de crianças e mulheres, que nos fizeram refletir sobre os diferentes olhares dos profissionais a estes clientes. Os certificados de participação estão no **Anexo A**.

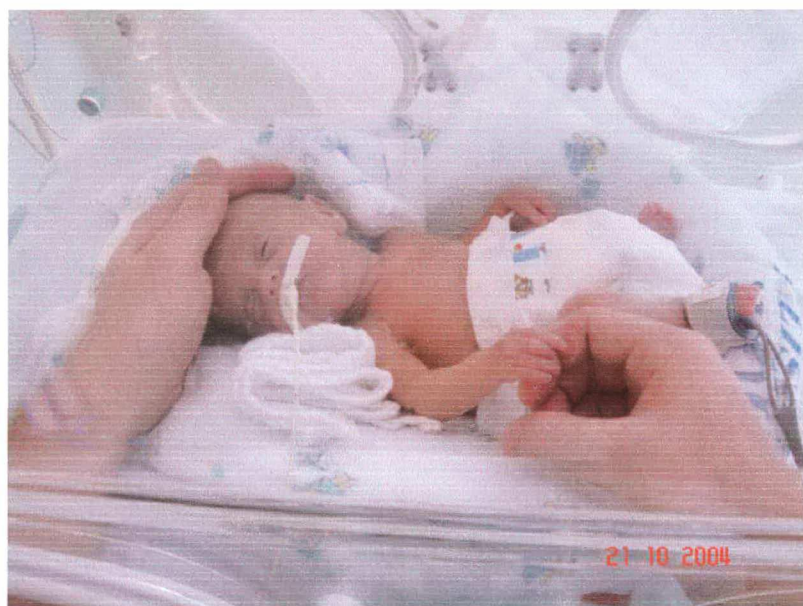
Consideramos este objetivo alcançado, visto que aprofundamos o nosso conhecimento através de literaturas pertinentes, discussões com as supervisoras e orientadora e com nossa participação em eventos relacionados à área neonatal.

### 6.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM COM OS RECÉM-NASCIDOS E SEUS PAIS: TRABALHANDO RESPOSTAS ADAPTATIVAS E INCENTIVANDO A FORMAÇÃO DO APEGO.

O cuidado de enfermagem desenvolvido com os pais e seus bebês, focalizado na adaptação e na formação do apego, demandou a necessidade de conhecer os seres humanos envolvidos e a detecção das respostas que os mesmos davam aos estímulos ambientais e sociais, bem como as alterações que estas provocavam no meio familiar. Portanto, a observação e a verbalização (diálogo) foram os instrumentos mais utilizados no estudo dos eventos ocorridos com o recém-nascido e seus familiares dentro do ambiente neonatal, podendo-se, assim, adotar medidas para auxiliar no processo de formação do apego.

Inicialmente, havíamos feito a estimativa de trabalhar com no mínimo duas famílias por acadêmico. Porém, durante a prática, percebemos que não seria viável atingir tal meta, uma vez que a abordagem teórico-metodológica era extremamente nova e complexa para nós, exigindo concentração absoluta nas respostas adaptativas das famílias, bem como nas diversas demandas apresentadas pelos prematuros e seus pais. Diante disso, optamos também por realizar o processo de enfermagem em dupla, para que a coleta de dados fosse a

mais completa possível. Enfim, desenvolvemos a assistência de enfermagem com quatro bebês prematuros e seus respectivos pais. Mantivemos nosso critério de escolha por recém-nascidos que permaneceram internados por pelo menos uma semana, obtendo o consentimento formal dos pais para o acompanhamento no processo e selecionando os participantes em comum acordo com nossas supervisoras, uma vez que estas são também enfermeiras da Unidade.



Acadêmico proporcionando conforto ao recém-nascido. Foto autorizada mediante consentimento formal.

Para um melhor entendimento das discussões realizadas a seguir, faremos um breve resgate do momento da internação de cada um dos bebês escolhidos. **Gabriel** chegou às 02 horas do dia 31 de agosto de 2004, procedente do Centro Obstétrico, sendo admitido na Unidade em ar ambiente, colocado em CPAP nasal (pressão positiva contínua das vias aéreas), apresentando gemência, instalando-se cateter venoso e arterial e fluidoterapia. **Miguel** chegou à Unidade no colo do pai, às 13:30 horas do dia 11 de agosto de 2004, procedente do Centro Obstétrico. Foi colocado em incubadora, ar ambiente e instalado fluidoterapia em membro superior direito (MSD) para hidratação endovenosa. **Raphael** chegou à Unidade, procedente do Centro Obstétrico, às 15:40 do dia 10 de setembro de 2004, em incubadora de transporte, em oxigenioterapia por vaporjet, acompanhado do pai, do neonatologista e dos acadêmicos de enfermagem. Foi colocado em incubadora simples, vaporjet e instalado fluidoterapia em MSD para hidratação endovenosa. **Samuel** chegou ao setor em incubadora de transporte, procedente de um município do norte do estado, às 8 horas do dia 26 de setembro de 2004, acompanhado do pai e de um amigo da família, em tenda de O<sub>2</sub> 100%,

sendo posteriormente colocado em CPAP nasal, gemente e com leve desconforto respiratório, recebendo hidratação endovenosa em MSD.

A seguir apresentaremos um quadro elucidativo com as características dos bebês acompanhados durante a prática assistencial:

**Quadro 2** – Perfil dos recém-nascidos acompanhados na Unidade Neonatal do HU/UFSC.

<b>Bebês</b>	<b>Gabriel</b>	<b>Raphael</b>	<b>Miguel</b>	<b>Samuel</b>
<b>Dados de Identificação</b>				
<b>Data do Nascimento</b>	31.08.2004	10.09.2004	11.09.2004	26.09.2004
<b>Peso Nascimento</b>	880 gramas	2.215 gramas	1.785 gramas	1.780 gramas
<b>Idade Gestacional</b>	26 sem. 6 dias (Ballard)	35 sem. 5 dias (Capurro)	33 sem. 1 dia (Ballard)	34 sem. 5 dias (Capurro)
<b>Tipo de Parto</b>	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea
<b>Motivo da Internação</b>	Prematuridade (RNPT), muito pouco peso e desconforto respiratório leve	Prematuridade (RNPT) e desconforto respiratório	Prematuridade (RNPT)	Prematuridade (RNPT) e desconforto respiratório leve
<b>Acompanhante</b>	Pai e mãe, ambos eventualmente	Pai e mãe, ambos eventualmente	Mãe constantemente	Mãe constantemente, pai eventualmente
<b>Data Admissão</b>	31.08.2004	10.09.2004	11.09.2004	26.09.2004
<b>Data Alta</b>	Internado até o término da prática	20.09.2004	29.09.2004	Internado até o término da prática

Nos primeiros dias de nossa prática assistencial decidimos, em comum acordo com nossas supervisoras, permanecer na sala de cuidados mínimos, pois não havia bebês que se adequassem aos nossos critérios de seleção. Aproveitamos esses dias para observar o relacionamento entre as famílias que já estavam na Unidade e para reforçarmos algumas técnicas, como pesagem, banho e venopunção, relacionadas aos recém-nascidos. Além disso,



tivemos a oportunidade de discutir com nossa supervisora sobre as sensações dos bebês prematuros, métodos utilizados na Unidade para acalmá-los e a importância da presença dos pais para o desenvolvimento da criança.

Por volta do terceiro dia de estágio deu entrada na Unidade o bebê Gabriel, que nos chamou a atenção, visto ser possuidor de características que se adequavam aos propósitos assistenciais. Decidimos por convidar a mãe do neonato para participar de nosso estudo. O primeiro contato com a mãe de **Gabriel** se deu ainda no Alojamento Conjunto, quando ela estava passando pelo primeiro dia de puerpério. Apesar do visível cansaço ela nos recebeu com boa vontade, falando da experiência de ter um filho prematuro.

No dia seguinte, pudemos observar o primeiro contato entre a mãe e o bebê. Ela chegou na Unidade acompanhada de uma acadêmica de Psicologia. A mãe de Gabriel permaneceu ao lado da incubadora, chorando e com os braços cruzados. Ficou por pouco tempo e retornou ao Alojamento Conjunto. Para Curry (apud KLAUS; KENNEL, 1993) a mãe deve decidir a quantidade de tempo que deseja ficar junto do filho. Segundo o autor, se a equipe não deixa claro seu apoio aos sentimentos e decisões maternas, e se a mãe estiver muito vulnerável, a formação do apego pode ser dificultada.

Quando questionada sobre a sua reação ao visualizar o filho naquela situação afirmou:

*“tá sendo uma reação assustadora e inesperada. Não deu tempo de raciocinar. Foi muito rápido”* (mãe de Gabriel).

A geração de Gabriel não estava nos planos de seus pais e a sua existência foi diagnosticada através de outro exame que a mãe realizou. Sua mãe então procurou a emergência do Hospital Universitário porque sentiu fortes dores abdominais e suspeitava de infecção urinária, no entanto foi encaminhada para o Centro Obstétrico (C.O.), com avaliação de óbito fetal. Para a surpresa de todos, inclusive da equipe, Gabriel respirava e foi levado imediatamente à Unidade Neonatal, não sendo proporcionada à mãe a visualização do filho naquele momento. Contudo, todos os cuidados foram tomados a fim de que a mesma fosse informada sobre a condição clínica do bebê, procurando transmitir-lhe confiança.

Continuando nosso processo de seleção da “população-alvo” de nossa assistência, no décimo segundo dia de estágio, no início da manhã, fomos avisados por uma de nossas supervisoras de que estava ocorrendo um trabalho de parto prematuro no Centro Obstétrico. Imediatamente, e com a permissão da enfermeira daquela unidade, nos deslocamos até o C.O. e nos apresentamos para a mãe de **Raphael**. Neste primeiro contato não a convidamos para participar de nosso estudo, pois seu trabalho de parto já havia começado há algumas horas e

ela estava visivelmente cansada. Preferimos respeitar este momento e apenas oferecer o nosso apoio. No fim da manhã, o pai de Raphael chegou no Centro Obstétrico, sendo que também nos apresentamos a ele e nos colocamos a disposição para ajudá-los. Neste momento, aproveitamos para observar o apoio que o marido oferecia a esposa, através de gestos e palavras de carinho e incentivo. A mãe de Raphael nos pareceu um pouco mais relaxada e segura com a presença do marido. Ambos, porém, demonstravam certa ansiedade com o fato de o bebê nascer prematuramente e relataram que os demais filhos também nasceram antes do termo.

O parto de Raphael ocorreu apenas na metade da tarde, sendo que apenas um dos acadêmicos foi autorizado a permanecer na sala de parto, ao lado da família, a fim de que os laços interativos não fossem fragilizados, sendo que os outros dois acadêmicos permaneceram na sala de cuidados do RN, ainda no C.O. A criança nasceu com um leve desconforto respiratório e necessitou de oxigenioterapia. O pai observou todos os cuidados imediatos realizados com o filho e o acompanhou, junto com os acadêmicos, até a Unidade Neonatal. Antes, porém, o bebê foi levado até a mãe, para que esta pudesse vê-lo.

Ao chegarmos na Unidade, junto com Raphael e seu pai, percebemos que este se inquietou com o fato de o bebê precisar ficar em uma incubadora. Ele nos relatou que se sentia extremamente incomodado com o modo como o bebê ficava exposto no equipamento.

*“meu filho vai ter que ficar naquele aquário (incubadora)? Acho aquilo horrível, parece que fica em exposição. Vai um ali e mexe, vai outro ali e mexe. Parece um pacote de bolacha”* (pai de Raphael).

Procuramos incentivá-lo a entrar na UTI, mas o mesmo decidiu voltar ao C.O. e permanecer junto à esposa, levando-lhe notícias do bebê, para que ela se tranqüilizasse.

No outro dia (sábado) fomos à Unidade para que pudéssemos acompanhar a primeira visita da mãe de Raphael ao seu filho. Ela permaneceu sentada ao lado da incubadora com o filho nos braços, acariciando seu rosto e suas mãos.

Quando estávamos na Unidade para acompanhamento da mãe de Raphael em sua primeira visita, foi internado na UTI o bebê **Miguel**. Ele chegou nos braços do pai, que havia acompanhado a realização dos primeiros cuidados. O pai conversou com os médicos e com a enfermeira sobre as condições da criança e sobre o tempo que levaria a sua internação ali. Neste primeiro momento estava um pouco confuso e angustiado com o nascimento prematuro do filho. Contou-nos que ele e sua esposa são procedentes de uma cidade do interior paranaense e que estavam em Florianópolis para participação em um congresso. Disse que

jamais poderiam imaginar que o nascimento de Miguel pudesse ocorrer neste momento, já que ele só era esperado para o final do mês de outubro.

O pai de Miguel permaneceu um tempo com ele na UTI, tocou em seus pés levemente com a ponta dos dedos, porém não conversou com seu filho. Logo após resolveu retornar ao C.O. para acompanhar sua esposa e tranquilizar a mesma sobre o estado geral do bebê.

Ao final do primeiro mês de prática assistencial, no dia em que o bebê Miguel teve alta hospitalar, houve a internação do recém-nascido **Samuel**. Optamos por acompanhar este bebê e realizarmos o processo de enfermagem em dupla. Neste momento estávamos acompanhando ainda o bebê Gabriel. Raphael já havia recebido alta hospitalar na semana anterior.

O recém-nascido Samuel foi acompanhado, no momento da internação, pelo seu pai e por um amigo da família. O bebê foi transferido de um município do norte do estado para Florianópolis, logo após seu nascimento. O pai relatou ter ficado muito nervoso durante o trabalho de parto, mas que já estava mais calmo pelo fato de poder ver e tocar o bebê. Ouviu atentamente as orientações da enfermeira, principalmente com relação a possibilidade de sua esposa permanecer no “Hotelzinho”. O pai ficou pouco tempo na Unidade, pois teria que realizar a viagem de volta para a sua cidade.

A mãe de Samuel chegou cerca de cinco dias após a internação do filho, junto com o marido – que voltava ao hospital pela primeira vez depois de ter deixado o filho na UTI. Ela tinha uma expressão muito tranqüila, o que com o passar dos dias percebemos ser sua postura habitual. Assim que viu o filho, tocou-o, principalmente em suas mãos. Ela permaneceu pouco tempo com o bebê, já que precisava instalar-se no “Hotelzinho”.

O acompanhamento desses bebês sempre foi realizado por no mínimo dois acadêmicos. Um dos alunos, em geral aquele que conseguiu estabelecer uma melhor interação com os pais, ficava mais próximo da família, auxiliando nos cuidados com o bebê. O outro acadêmico procurava ficar mais distante, observando os pais e o recém-nascido, registrando suas reações e atitudes. Essa estratégia se mostrou bastante eficaz, pois os acadêmicos conseguiam observar nuances diferenciadas do mesmo evento: o momento da interação entre os pais e o bebê.

Este processo de interação com o pai e a mãe dos bebês que acompanhamos ocorreu de forma gradativa. Como em qualquer relacionamento, foi necessário que conhecêssemos os pais e o recém-nascido, suas características e suas preferências, suas crenças e valores, além de nos deixar conhecer, mostrando também para os pais como éramos

e o que pretendíamos. Além desse processo de reconhecimento mútuo, foi fundamental para o estabelecimento da confiança que os pais entendessem nossa proposta assistencial, tendo claro qual o nosso papel na Unidade Neonatal.

Para implementarmos o modelo de assistência proposto, utilizamos o processo de enfermagem, constituído de avaliação (coleta de dados), diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de metas e implementação e evolução. Realizávamos todas as etapas do processo diariamente, procurando identificar e intervir nas respostas adaptativas ineficientes apresentadas e incentivar aquelas que fossem eficientes, sempre buscando com isso o estabelecimento dos vínculos familiares.

Inicialmente sentimos um pouco de dificuldade para realizarmos os processos de enfermagem, uma vez que não estávamos completamente habituados com as duas teorias. Além disso, a instituição onde realizamos nossa prática assistencial utiliza outro referencial teórico, o que por algumas vezes nos deixou confusos e angustiados. Para amenizarmos esses sentimentos procuramos realizar leituras constantes sobre a Teoria da Adaptação e do Apego, bem como de nosso marco conceitual, realizando discussões constantes com nossas supervisoras e orientadora. Esta estratégia permitiu que nos sentíssemos mais seguros para a implementação de nossa prática. Com a utilização diária do processo, passamos a ter um maior domínio das teorias, sendo que ao final de nossa prática já estávamos completamente à vontade com nosso referencial. Isso comprova que o entendimento completo de uma teoria se dá somente quando podemos implementá-la na prática e quando percebemos que a própria prática pode alimentar a teoria.

Para um melhor entendimento da metodologia utilizada, demonstraremos a seguir partes do processo de enfermagem implementado com o bebê Gabriel e seus pais. A escolha por este processo não foi fácil, uma vez que todas as famílias acompanhadas foram importantes para o nosso aprendizado. Entretanto, escolhemos este processo por ele possuir exemplos singulares das demandas adaptativas apresentadas pelos pais e pelo recém-nascido, além de mostrar as várias ações que foram implementadas para trabalhar essas demandas. Por tratar-se de um processo longo (contando com trinta e um dias de assistência), optamos por demonstrarmos apenas os dois primeiros dias de assistência, além de outros dois dias durante a piora do quadro clínico do bebê. Também optamos por publicar dois processos referentes à melhora do estado geral do neonato. Cabe ressaltar que o instrumento de coleta de dados foi formatado de forma a se tornar funcional para nós e didático para o leitor. Assim sendo, a evolução, que se refere ao registro dos resultados do plano e implementação com o objetivo de atingir a meta do diagnóstico levantado, será descrito no dia posterior da coleta de dados.

Por exemplo, a evolução da coleta de dados do dia 02 de setembro de 2004, será descrita no dia da coleta de dados de 03 de setembro de 2004. Optamos por descrever deste modo, uma vez que as ações planejadas no dia 02 de setembro de 2004 somente foram implementadas e avaliadas no dia 03 de setembro de 2004.

### COLETA DE DADOS

**Dia da coleta de dados:** 02 de setembro de 2004. (quinta-feira)      **Hora:** 09 horas às 13 horas

**Seqüência do dia da assistência:** 01

#### I – Preliminares com o Recém-nascido e seus Pais

Gabriel chegou à Unidade Neonatal às 2 horas do dia 31 de agosto de 2004. Conforme havíamos previsto em nosso projeto, pensamos em esperar o encontro de um dos pais para iniciar o processo de enfermagem. No entanto, neste dia, o recém-nascido (RN) não recebeu a visita de ninguém no período matutino, ocorrendo o encontro da mãe com o filho somente no período da noite. Esta puérpera encontra-se internada no Alojamento Conjunto da Instituição.

No dia 01 de setembro de 2004, mantivemos nossa opção de aguardar um familiar que viesse ver o bebê. O encontro entre o RN e sua mãe aconteceu nesse período, mas com o acompanhamento do serviço de psicologia, através de uma estagiária, não sendo, portanto, acompanhada efetivamente por algum acadêmico. Fizemos então uma visita posterior à mãe no Alojamento Conjunto, a fim de iniciar o processo de interação com a mesma. Nessa ocasião, conversamos sobre o estado de saúde da puérpera e informamos a situação em que se encontrava o RN na UTI Neonatal. Colocamo-nos à disposição da mesma e demos início ao processo propriamente dito, no dia 02 de setembro de 2004, com a apresentação a puérpera do projeto e de nossa proposta de trabalho.

#### II – Identificação do RN

**Nome:** Gabriel

**Data e hora do nascimento:** 31 / 08 / 2004 às 00 : 30 hs

**Tipo de parto:** vaginal

**Apgar:** 1º min \_\_6\_\_ 5º min \_\_8\_\_

**Peso do nascimento:** 880 gramas.

**Idade Gestacional segundo Capurro:** não avaliado.

**Idade Gestacional segundo Lubchenco (relação peso x idade gestacional):** não avaliado.

**Idade Gestacional segundo Ballard:** 26 semanas e 6 dias.

**Sexo:** masculino

**Posição na família:** terceiro filho

**Data da internação:** 31 / 08 / 2004

**Motivo da internação:** prematuridade (RNPT), muito muito baixo peso e desconforto respiratório leve

**Condições de chegada:** chegou à Unidade Neonatal às 02 horas, procedente do Centro Obstétrico, com o diagnóstico de prematuridade e desconforto respiratório leve. Foi admitido na Unidade em ar ambiente, colocado em CPAP, apresentando gemência, o coto apresentava-se gelatinoso. Foi passado cateter venoso e arterial, além da instalação da fluidoterapia. Recebeu surfactante.

### III – Identificação dos Pais

**Data da coleta de dados:** 02 / 08 / 2004

**Respondente:** mãe

**Procedência:** um bairro praiano de Florianópolis

**Pai:** pai de Gabriel.

**Idade:** 25

**Escolaridade:** ensino médio completo

**Mãe:** mãe de Gabriel.

**Idade:** 25

**Escolaridade:** ensino médio completo

**Religião:** católica

**Outra pessoa significativa para os pais e que acompanha a internação do RN:** não. A mãe permanece no Alojamento Conjunto e o pai vem esporadicamente.

**Situação familiar atual:** mãe e pai separados, morando na mesma cidade. Os dois filhos anteriores moram com a mãe.

**Recém-nascido planejado/programado:** não. Foi fruto de um relacionamento após o término do seu casamento. Havia cessado com o anticoncepcional por ordem médica e estava se precavendo com preservativos. Afirma que um dia “achou um pedaço de borracha na vulva”, acreditando ter “furado” a camisinha. Não esperava engravidar, pois não estava no seu período fértil. Além disso, não planejava outro filho, já que mora sozinha com os outros dois filhos.

Sobre a sua gestação, a mãe de Gabriel refere que ficou sabendo porque sentiu fortes dores e nos exames para avaliar a dor, veio a confirmação de sua gravidez. Não fez, portanto, acompanhamento pré-natal e nas semanas que antecederam o parto, começou a sentir fortes dores no abdome. Teve eliminação de líquido “amarronzado” e procurou a emergência do HU-UFSC para averiguar o que estava acontecendo. Segundo a puérpera, a equipe examinou-a e detectou um “aborto”, e resolveram, então, retirar o feto. Entretanto, a mãe de Gabriel iniciou a expulsão do feto, sendo acompanhada pela enfermeira do Centro Obstétrico que, quando recebeu o bebê, detectou que o mesmo estava vivo. Encaminhou-o rapidamente para a Unidade Neonatal, onde recebeu os cuidados intensivos para um prematuro.

**Experiências anteriores similares a esta:** não teve. Os outros dois filhos nasceram com quase 38 semanas, sem qualquer intercorrência.

**Número de filhos:** três filhos; um com dez anos, outro com três anos e este com dois dias.

**Organização da família durante a hospitalização:** como a mãe mora sozinha junto com os filhos, ela conta com a ajuda de uma vizinha nos horários em que a mesma não trabalha. Em outros horários, como nos dias à tarde, o menino maior fica responsável pelo menor.

**Profissão, local, período e disponibilidade para permanecer na Unidade Neonatal:** a puérpera trabalhava como recepcionista no centro da capital e ultimamente, como vendedora em estabelecimento comercial em uma praia. Agora está desempregada. Pediu demissão porque tinha planos de retornar à sua cidade natal, em um estado vizinho, antes do parto de Gabriel. Quanto à disponibilidade, irá depender de fatores como: filhos que ficarão sem responsável em sua casa e tempo para procurar outro emprego.

#### IV – Avaliação do Modo Fisiológico

##### A - Recém-nascido

RN em incubadora intensiva dupla.

##### Oxigenação:

FR: 18 - 64 mpm

Ritmo: Cheyne Stockes

Características da respiração: profunda e em ritmo com o CPAP.

Pele: icterícia

Oxigenioterapia (forma): CPAP nasal – FiO<sub>2</sub> 0,3%

##### Nutrição / Hidratação:

Tipo de alimentação: leite materno ordenhado e nutrição parenteral

Forma de ingestão: sonda orogástrica (SOG) e via parenteral.

Forma de sucção: não observado, pois ainda não está sendo amamentado.

Sinais de hipo/hiperglicemia: não apresentado

Glicemia capilar: 121 mg/dL

##### Eliminação:

Vesical: micção espontânea

Frequência: um episódio, com coloração amarelo forte e sem odor.

Intestinal:

Frequência: ausente no período

Drenagens: não observado

##### Integridade cutâneo – mucosa (ICM):

Icterícia: até 48 horas, abrangendo as regiões da face e tronco (Zona II)

Fototerapia: sim.

Presença de curativos: não observado

Região perineal: íntegra

Coto umbilical: presença de cateter

##### Regulação hidroeletrólítica:

Edema: não observado

##### Regulação neurológica:

Estado de vigília: alerta ativo

Reflexos: não observado

Tonicidade: hipotônico

Reação aos estímulos externos: ausente

##### Terapêutica

Acesso venoso (tipo e região): cateter umbilical.

Medicação prescrita: Gentamicina, Indometacina e

Ampicilina (via cateter).

## **B - Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera / Mãe**

**Produção láctea:** baixa

**Dificuldades referidas ou observadas no processo de lactação/amamentação:** não observadas, exceto pela baixa produção Láctea.

**Outros dados relevantes:** mãe com processo infeccioso no útero (desde a gestação). Tratamento no Alojamento Conjunto com antibioticoterapia.

## **V – Avaliação do Modo de Autoconceito (pais)**

**Participante:** mãe.

**Primeira reação dos pais frente à notícia da internação:** “assustadora e inesperada. Não deu tempo de raciocinar. Foi muito rápido”, nas palavras da mãe. Primeiro que não esperava engravidar do terceiro filho e sua gestação só se confirmou através de dores fortes na região da bexiga e com exames para se descobrir o diagnóstico. Com a descoberta, esperava que a gestação durasse as 37 semanas e estava se preparando para essa data. Seus preparativos incluíam voltar para a cidade onde moram os pais (refere que Florianópolis não trouxe boas experiências para ela), deixando para isso o emprego na capital, providenciando a entrega do imóvel alugado e transferência do filho mais velho para uma escola na cidade onde pretendia se estabelecer. A mãe refere estar confusa diante da situação atual encontrada e se diz preocupada com os filhos que estão sozinhos em casa e sua situação financeira daqui para diante.

**Sentimentos frente a internação do filho:** a mãe não soube responder. Refere que está tudo muito recente e “preocupada com minha vida lá fora e dos meus filhos!”, relatando ainda que “meus filhos lá fora só tem a mim, enquanto que Gabriel tem a equipe do Hospital e Deus, para ajudar”.

**Conhecimento/informações sobre o motivo da internação:** “está na UTI porque nasceu muito cedo e não consegue respirar direito”. Não sabe de mais informações; parece ainda ter receio de perguntar.

**Percepção dos pais quanto ao bebê:** “não acredito que meu filho está vivo!”; “ele é muito frágil, pequeno e delicado”.

**Preparação dos pais para enfrentar o momento/situação:** relata ainda não estar preparada para a situação. Diz não ter pensado sobre as prioridades, após o nascimento do filho, além de não ter passado por outra experiência parecida. Tampouco refere conhecer alguém que tenha vivido uma situação parecida.

**Palavras pronunciadas quando se aproximam do filho:** não teve nenhuma reação verbal. Quando próxima ao filho, a mãe restringe-se a olhar fixamente para o mesmo, imóvel e sem questionamentos.

**Postura, atitudes, cuidados dos pais com bebê:** permaneceu a maior parte do tempo ao lado esquerdo da incubadora, contemplando o filho. Como o mesmo está em fototerapia e por isso permanece com óculos protetores, fixa seu olhar no abdome do bebê, cateteres e aparelhos que auxiliam na manutenção do RN. No entanto, não expressou sentimentos, questionamentos ou atitudes que envolvessem o filho. Ficou a maior parte do tempo com as mãos fechadas e juntas ao corpo, em silêncio, por aproximadamente 15 minutos.

## **VI– Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)**

**Participante:** mãe.



**Sentimentos com relação ao filho recém-nascido:** “estou confusa e despreparada”. Relata que pensa mais nos filhos que estão em casa sozinhos (em alguns momentos, com a vizinha), porque está sem notícias há dois dias devido ao término da bateria do seu celular e não ter dinheiro para comprar cartão telefônico.

**Vontade de participar nos cuidados com o seu filho:** vontade tem, porém “tenho medo de tocar nele porque é muito frágil”. Espera com o tempo perder esse sentimento, mas não sabe quanto tempo levará.

**Opinião pessoal frente a opinião de outros sobre seu papel de paternagem/maternagem:** “não parei para pensar nisso ainda. Tenho que resolver meus problemas lá fora antes pra depois fazer algo aqui dentro”.

**Expectativas de contribuição da equipe de enfermagem frente a situação do filho:** Acha que a enfermagem é quem deve cuidar do filho porque está preparada para isso: “não sei o que fazer nisso tudo aí (equipamentos), vocês sim!”

**Relação com outros filhos:** refere que tem uma boa relação com os outros filhos. O menor dorme com ela e “ele é um grude”. O mais velho refere ser mais independente. Diz que já estão acostumados com a vida em três e que a relação com o pai é saudável, mas não intensa.

**Dificuldades sentidas para desenvolverem o papel de pais. Estímulos para exercer o papel de pai e mãe:** são várias as dificuldades, como não desejar a gravidez, “não poder levar ele para casa e cuidar junto com os outros filhos” e principalmente “não sei como ajudar ele! Me sinto inútil!” Quanto aos estímulos, refere: “sou teimosa e sei me virar sozinha”, além de relatar que sustenta uma casa e cuida de dois filhos sem a ajuda de ninguém e por isso sabe que vai passar por dificuldades. Demonstra certo medo de se relacionar com o filho porque ainda não sabe se ele vai sobreviver.

**Expectativas de contribuição da equipe de enfermagem a fim de exercer a função de paternagem e maternagem:** não sabe responder ainda porque “tudo ainda é muito novo para mim”. A situação dentro e fora do Hospital ainda a deixa com dúvidas sobre seu papel de mãe. Na verdade, agora só está pensando em como vai lidar com sua condição social e financeira.

## VII – Avaliação do Modo de Interdependência

**Participante:** mãe.

- Interação dos pais com o bebê:

**Presença:** permaneceu cerca de trinta minutos junto ao filho.

**Freqüência:** é a segunda visita da mãe ao bebê em dois dias. Ainda recupera-se do período pós-natal.

**Forma de toque:** tocou o filho pela primeira vez e o fez pela necessidade de retirar as mãos do RN do cateter umbilical, que o bebê insistia em tentar arrancar. A mãe retirou rapidamente a mão do filho dos cateteres com a ponta do dedo e permaneceu cerca de dois minutos acariciando somente a mão do RN, com as pontas dos dedos e com movimentos trêmulos.

**Conversa:** não observado, porque a mãe permaneceu calada ao lado do berço, apenas olhando para a criança e para os equipamentos.

**Tom de voz:** não observado, porque a mãe não teve contato verbal com o RN neste primeiro momento.

**Contato olho-a-olho:** prejudicado porque o RN está em fototerapia. A mãe concentrou seu olhar no abdômen do bebê (nos movimentos respiratórios), nos cateteres umbilicais e nas mãos do RN que se mexiam insistentemente.

**Emparelhamento:** o RN não demonstrou alteração significativa em seu quadro geral quando na presença da mãe. Fato ocorrido provavelmente pela falta de interação significativa da mãe com o filho.

**Relacionamento entre os pais:** prejudicado, segundo relato da mãe. É um relacionamento depois da separação e não tinha planos de terem um filho. Até o momento o pai desconhece a existência do filho, por vontade materna.

**Presença de outros familiares na unidade:** por enquanto os familiares não têm conhecimento do ocorrido, não havendo, portanto, a presença dos mesmos na unidade.

**Relacionamento dos pais com a equipe:** a equipe mostra pouco envolvimento neste período inicial do processo. Talvez o provável motivo seja a reclusão da mãe frente à situação, não procurando interagir com a equipe, tampouco questionando suas dúvidas sobre o estado do filho. A equipe tem comentado que as atitudes da mãe mostram certo desprendimento pelo filho, como, por exemplo, o tempo que demorou a ver o bebê pela primeira vez, falta de questionamento sobre o estado do filho e pouca permanência junto ao mesmo.

**Comportamento/reações do bebê quando na presença dos pais:** não detectado ainda, pois não demonstrou alterações significativas devido a pouca interação da mãe com o filho.

**Comportamento/reações do bebê quando na presença da equipe:** não apresentou reações significativas ao contato com a equipe. Gabriel permaneceu agitado no período, provavelmente pelo estresse da fototerapia, cateteres e sondas por onde recebe os cuidados de hidratação e nutrição, além da habituação à vida extra-uterina.

**Confiança na equipe de saúde e na instituição, com relação ao cuidado prestado:** “tenho plena confiança nos que trabalham aqui. Eles podem cuidar dele melhor do que eu!” Durante todo o momento, a mãe relata que seu papel no cuidado com o filho é secundário, sendo que o cuidado especializado é quem pode ajudar o RN.

DATA: 02 de SETEMBRO de 2004		
DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Déficit de conhecimento materno sobre condição clínica do RN, equipamentos e ansiedade neonatal.	A mãe compreenderá a razão da internação, as rotinas da unidade e os equipamentos utilizados, auxiliando na interação mãe-RN.	Aprofundar o que a mãe conhece sobre a situação do bebê; proporcionar participação nos cuidados com o RN; sanar dúvidas maternas durante internação com o filho.
Dificuldade no desempenho do papel: maternagem, demonstrado pela situação clínica do RN.	A mulher irá se relacionar com o filho quando compreender a situação clínica do filho e seu papel no restabelecimento do mesmo.	Responder as dúvidas maternas frente à situação do filho; questionar o conhecimento da mesma sobre a condição do RN; levar a mãe para visualizar outros RNs que estão em processo de fototerapia e com cateteres.
Dificuldade no desempenho do papel: maternagem, demonstrado pelos equipamentos utilizados durante a internação do bebê.	A mãe irá se relacionar com o filho quando entender a importância do equipamento utilizado e conhecer os propósitos dos mesmos.	Ficar atento para sinais de dúvida sobre equipamento e ambiente neonatal, estimulando a mãe a expressar o que está sentindo sobre a situação; demonstrar, através de outros RNs da unidade, que os equipamentos auxiliam no restabelecimento dos internados.
Dificuldade no desempenho do papel: maternagem, evidenciado pela opção materna de não revelar o parto para os familiares.	A mãe assumirá contatos e cuidados mais assíduos quando assumir esta condição aos outros familiares, e aceitar o apoio dos mesmos nesta situação.	Compreender a história atual da família do RN; conversar com serviço de psicologia e serviço social sobre ações frente a este assunto; incentivar a mãe a refletir sobre as vantagens de ter o apoio da rede social próxima.

<p>Ansiedade materna, demonstrada pela história atual (separação, desemprego, família).</p>	<p>A ansiedade da mãe irá diminuir se houver compreensão da situação vivenciada, auxiliando desta forma sua interação com o bebê.</p>	<p>Auxiliar entendimento da mãe sobre a importância da família neste momento; encaminhar para o serviço social da Instituição e estimular o prosseguimento do acompanhamento com a psicologia; compreender situação atual da família (social, financeira e psicológica); favorecer contato com a família através de telefonema.</p>
<p>Fragilidade nas condições clínicas e fisiológicas do RN relacionadas com conseqüências da prematuridade.</p>	<p>Os cuidados com o RN deverão respeitar sua condição de prematuridade.</p>	<p>Reforçar revisão de literatura sobre o assunto; questionamentos junto a equipe e supervisoras sobre prematuridade; observação das reações do bebê frente aos estímulos da equipe/família; auxiliar equipe nos cuidados diários ao recém-nascido.</p>
<p>Dificuldades para gerenciar conflitos com o pai do RN.</p>	<p>Os pais entenderão seus papéis, mesmo que individualmente, para o estabelecimento do vínculo com o filho e sua importância para o desenvolvimento do bebê.</p>	<p>Compreender a história dos pais do RN; estimular a presença paterna com o consentimento materno; tentar conversar com a mãe sobre a importância do pai no desenvolvimento físico e social do bebê.</p>
<p>Enfrentamento individual ineficaz, relacionado às novas demandas existenciais.</p>	<p>A mãe irá referir maior segurança se puder contar com a rede social próxima.</p>	<p>Incentivar que solicite ajuda da vizinha por mais alguns dias, para que tenha com quem deixar o filho de três anos caso necessite ausentar-se no período da manhã; dialogar com a puérpera sobre seus sentimentos de prioridade de atenção no encaminhamento das necessidades atuais.</p>

### COLETA DE DADOS

**Dia da coleta de dados:** 03 de setembro de 2004 (sexta – feira). **Hora:** 09 horas às 14:30 horas

**Seqüência do dia da assistência:** 02

#### IV – Avaliação do Modo Fisiológico

Características da respiração: irregular.

Pele: icterícia

#### A - Recém-nascido

Oxigenioterapia (forma): cateter nasal (CNO<sub>2</sub>) a 1L/min.

RN em incubadora intensiva dupla.

Peso: 800 gramas

#### Nutrição / Hidratação:

#### Oxigenação:

Tipo de alimentação: leite materno ordenhado, leite industrializado e nutrição parenteral.

FR: 48 - 72 mpm

Ritmo: Cheyne Stockes

Forma de ingestão: via parenteral e sonda orogástrica (SOG).

Forma de sucção: não observado, pois ainda não está sendo amamentado.

Sinais de hipo/hiperglicemia: não observado

Glicemia capilar: 117 mg/dL

#### **Eliminação:**

Vesical: micção espontânea

Frequência: três episódios, coloração amarelo escuro e em pequenas quantidades.

Intestinal:

Frequência: um episódio, com fezes meconiais.

Drenagens: não observado

#### **Integridade cutâneo – mucosa (ICM):**

Icterícia: até 48 horas, nas regiões da face e tronco (Zona II).

Fototerapia: sim

### **B - Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera / Mãe**

**Produção láctea:** profusão láctea drenando pelos mamilos.

**Dificuldades referidas ou observadas no processo de lactação/amamentação:** não observadas, exceto pelo mecanismo de ordenha ainda não realizado com total sucesso, sendo encaminhada para o CIAM para acompanhamento.

**Outros dados relevantes:** mãe no término do tratamento com antibiótico. Terá alta hoje e está ansiosa para retornar para casa e ver os filhos. Encaminhada para o serviço de psicologia, a fim de continuar o acompanhamento que já vem fazendo, e serviço social para auxiliar no apoio financeiro (através do fornecimento de passes e avaliação mais apurada da questão social).

### **IV – Avaliação do Modo de Autoconceito (pais)**

**Participantes:** mãe e pai.

Na noite anterior, a mãe contou ao pai do RN, por telefone, sobre a gravidez e o nascimento do filho. A mesma referiu que ao saber da notícia (nascimento precoce e internação do filho), o pai disse “eu não acredito!”, sendo a resposta da mesma: “eu também não!” Na mesma noite, o pai veio ao encontro do filho pela primeira vez. Não podemos estar presentes nesse encontro devido a inesperada ação do pai, por parte da puérpera em ver o filho, no mesmo momento da ligação, e por ser tarde da noite (o encontro aconteceu próximo às 22 horas, segundo relato materno).

Presença de curativos: não observado

Região perineal: íntegra

Coto Umbilical: presença de cateter

#### **Regulação hidroeletrólítica:**

Edema: não observado

#### **Regulação neurológica:**

Estado de vigília: alerta ativo, com períodos de sonolência.

Reflexos: não observado

Tonicidade: hipotônico

Reação aos estímulos externos: ausente

#### **Terapêutica**

Acesso venoso (tipo e região): cateter umbilical.

Medicação prescrita: Gentamicina, Indometacina e Ampicilina (via cateter).

Gabriel recebeu então a segunda visita do pai na Unidade hoje. A reação do mesmo foi de surpresa porque não sabia da confirmação da gravidez, tampouco da notícia do nascimento do filho. Além disso, um sentimento de despreparo, agora que vê a criança nessa situação. Relata ainda que o caso de ser seu primeiro filho também o deixa bastante inseguro.

O conhecimento do pai sobre a condição do RN foi o que a mãe passou para o mesmo: “nasceu bem antes do tempo, tem pouco peso e não consegue respirar direito sem a ajuda do aparelho. Isso porque ele não teve tempo de se desenvolver dentro da barriga da mãe”. O pai permaneceu parado ao lado da incubadora enquanto esperava a companheira na consulta com o serviço social. As mãos sempre juntas ao corpo e olhar fixo na criança, mesmo durante os questionamentos que fazia sobre os equipamentos. O pai demonstrou boa observação ao se referir sobre o oxímetro: “aquela pulseirinha azul não estava na outra perna ontem?” Ao ser incentivado a tocar no filho, respondeu: “acho que é cedo ainda, estou assimilando a idéia de ter um filho”.

A mãe segue ansiosa para retornar para casa, uma vez que teve alta hoje e só aguarda a consulta no serviço social e a chegada do pai do bebê. Um pouco antes dos pais partirem da unidade, a mãe percebeu que Gabriel urinou na fralda e nos avisou sobre o ocorrido. Encorajamos a mãe para que trocasse a fralda, havendo aceitação da mesma. Durante a ação, a mãe demonstrou firmeza nos movimentos e seu rosto tinha expressão de concentração apenas no que estava fazendo. Ao final, ela nos olhou com uma expressão de alegria e satisfação, à procura de aprovação. Parabenizamos e aprovamos a ação e a mãe abriu um grande sorriso. Após a troca de fraldas que realizou no filho, a mãe disse: “mas ele é muito pequeno e frágil, fiquei com medo de quebrar. A pele dele é bem fininha, né!”. Sobre ter participado nos cuidados do filho expressou “fiquei meio nervosa porque tudo parecia diferente, mas até que foi fácil!”.

## V – Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)

**Participantes:** mãe e pai.

O pai, apesar de ser a segunda vez em que vê o filho, ainda permanece sem fazer muitos comentários sobre a situação vivenciada. Este fato agrava-se pelo fato de que a presença materna parece inibi-lo. A mãe de Gabriel, ao contrário, mostra cada vez mais interesse nos cuidados com o filho. Reforça a informação passada no dia anterior sobre “arrumar minha vida fora do Hospital, para aí sim pensar no Gabriel”.

## VI – Avaliação do Modo de Interdependência

**Mãe e pai sendo observados.**

- Interação dos pais com o bebê:

**Presença:** a mãe esteve presente na Unidade em três períodos durante a manhã e início da tarde, porque estava se preparando para a alta hospitalar. A mesma permaneceu cerca de trinta minutos junto ao filho no primeiro momento da manhã. Aproximadamente vinte minutos no segundo momento. E cerca de dez minutos acompanhada do pai de Gabriel no início da tarde. O pai permaneceu cerca de vinte e cinco minutos, chegando a unidade antes da mãe no último encontro deste dia com o filho.

**Freqüência:** três visitas da mãe nesse período. Segunda visita do pai ao filho.

**Forma de toque:** mãe toca o filho ainda com os dedos, principalmente nas mãos e pés. Surgiu a oportunidade de a mãe trocar a fralda do filho e a mesma o fez com firmeza.

**Conversa:** não houve verbalizações com o bebê. Sempre que a mãe se dirigia ao filho, era através do cuidador próximo ao RN.

**Tom de voz:** não observado, porque não houve contato verbal com o RN, nem por parte da mãe e nem por parte do pai.

**Contato olho-a-olho:** prejudicado porque o RN segue em fototerapia. Os pais concentraram seus olhares no abdome do bebê (nos movimentos respiratórios), nos cateteres umbilicais e nas mãos do RN que se mexeram insistentemente. Os óculos utilizados como precaução da fototerapia não foram retirados, conforme pedido médico.

**Emparelhamento:** o RN não demonstrou alteração significativa em seu quadro geral quando na presença da mãe. Fato ocorrido provavelmente pela falta de interação significativa da mãe com o filho. As reações do RN quanto a presença dos pais e da equipe são bem parecidos. Ao toque, o bebê começa a se agitar, movimentando principalmente pernas e braços. Não há alterações na frequência cardíaca e na saturação de oxigênio. Nota-se que o RN não consegue descansar devido às constantes intervenções ocorridas no período matutino, a claridade proporcionada pela iluminação algumas vezes desnecessária da unidade e equipamentos utilizados para sua manutenção.

**Relacionamento entre os pais:** o pai ficou sabendo do nascimento do filho no dia anterior e veio visitar o filho à noite. Retornou ao hospital hoje para acompanhar a mãe na alta e ver o filho novamente. A mãe demonstra certa resistência em permitir o envolvimento do pai com o filho.

O pai realizou sua segunda visita ao filho. Outros familiares não estiveram na Unidade.

A equipe começa a demonstrar maior interesse pela mãe, uma vez que tomou conhecimento do histórico da família em questão. Em contrapartida, a mãe do RN solicitou ajuda da equipe para ordenhar o leite e iniciou questionamentos sobre situação do filho e o ambiente da UTI Neonatal. Esse fato a aproximou da equipe. Quanto ao pai, o mesmo pareceu estar em processo de assimilação do ocorrido e não interagiu com o filho ou equipe.

DATA: 03 de SETEMBRO de 2004		
DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Relacionamento pai-mãe prejudicado podendo interferir no tratamento e desenvolvimento do RN.	Os pais entenderão que ambos são importantes na recuperação do filho e que o relacionamento dos dois influencia no cuidado com o bebê.	Compreender a história de cada um individualmente e como casal. Reforçar importância da presença paterna e materna através da visualização de outras crianças com seus respectivos cuidadores familiares.
Déficit de conhecimento materno sobre condição clínica do RN, equipamentos e ansiedade neonatal.	A mãe compreenderá a razão da internação, as rotinas da unidade, os equipamentos utilizados, auxiliando na interação mãe-RN.	Aprofundar o que a mãe conhece sobre a situação do bebê. Proporcionar participação nos cuidados com o RN. Sanar dúvidas maternas durante internação com o filho.
Dificuldade no desempenho do papel: maternagem, em relação a resistência materna em tocar efetivamente no filho.	A mãe irá reconhecer seu papel quando se envolver nos cuidados com o filho e interagir com o mesmo através do toque e da fala.	Envolver e estimular a mãe para auxiliar nos cuidados com o RN. Observar evolução do processo de interação entre mãe-bebê, proporcionando espaços para essa atividade. Incentivar a posição mãe-

<p>Ansiedade materna, demonstrada pela história atual (separação, desemprego, família).</p>	<p>A ansiedade da mãe irá diminuir se houver compreensão da situação vivenciada, auxiliando desta forma sua interação com o bebê.</p>	<p>canguru. Auxiliar entendimento da mãe sobre a importância da família neste momento. Encaminhar para o serviço social da Instituição e estimular o prosseguimento do acompanhamento com a psicologia. Compreender situação atual da família (social, financeira e psicológica).</p>
<p>Estresse do RN em vista dos acessos venosos e sondas.</p>	<p>O RN sentirá o menos possível os efeitos dos estressores, através de medidas que proporcionem conforto.</p>	<p>Manter o RN organizado através do ninho. Antes dos procedimentos, fazer contato verbal interagindo com o RN. Oferecer consolo após o procedimento. Deixar sondas e cateteres dispostos de maneira a não perturbar o bebê.</p>
<p>Déficit no padrão do sono, devido a luminosidade no ambiente e constantes estímulos dos procedimentos.</p>	<p>O RN terá seu padrão de sono alterado o menos possível através da amenização dos estímulos externos.</p>	<p>Dialogar com a equipe sobre a importância do sono para o bebê prematuro. Manter cortinas fechadas junto à incubadora, agilizar procedimentos e reuni-los para estimular o RN menos vezes. Manter o cueiro sobre a incubadora (reductor de luminosidade).</p>
<p>Ausência dos pais na unidade, gerando risco para o processo de formação do apego.</p>	<p>Os pais conhecerão a sua importância no restabelecimento do filho, procurando interagir com o bebê e permanecer mais tempo na unidade.</p>	<p>Dialogar com os pais sobre os impedimentos para frequentar a unidade. Demonstrar, através de outros pais, as vantagens de se ter a presença deles junto ao filho. Enfatizar que a separação entre os dois não implica, necessariamente, na separação de cada um junto ao filho recém-nascido.</p>

#### **EVOLUÇÃO referente ao plano do dia 02 de SETEMBRO de 2004.**

Os questionamentos da mãe sobre a condição clínica de seu filho estão vindo à tona. Ela questiona o tempo médio de permanência de um pré-termo parecido com Gabriel na unidade e se desanima com a resposta. Pergunta sobre todos os equipamentos que estão auxiliando o filho e compreende cada um deles. Relata que sente segurança em deixar o filho na Unidade com todos esse suporte, mas sente-se incomodada com a quantidade de aparelhos sobre o filho. Levamos para ver outros RNs que estão em fototerapia e demais equipamentos e a ansiedade materna diminuiu ao ver que bebê maiores que Gabriel possuem os mesmos cuidados e equipamentos. Compreendeu as rotinas da Unidade e iniciou aproximação com a equipe.

A mãe não se encontra preparada e esquiva-se do assunto sobre a família. Segue em acompanhamento do serviço de psicologia e realizou primeira consulta com o serviço social. Não foi feito contato com o serviço de psicologia no período. Quanto ao serviço social, serão fornecidos passes para sua locomoção diária residência-Hospital. A mãe conseguiu conversar com outros filhos através de telefonema proveniente do Alojamento Conjunto.

Foi realizada uma revisão de literatura sobre os cuidados específicos ao RN pré-termo. O acompanhamento dos cuidados com os profissionais da Unidade fornece uma boa base teórica-prática com os cuidados. No entanto, alguns funcionários mostram-se despreparados para cuidar de um RN pré-termo, principalmente em relação às necessidades afetivas e de desenvolvimento neurológico. O acompanhamento da equipe, compartilhando cuidados com o RN, está sendo fundamental para a compreensão de suas necessidades clínicas e fisiológicas, a fim de intervir adequadamente.

A mãe evita falar sobre o pai do RN. A primeira visita do pai demonstra que a relação entre os dois é conflituosa e pode prejudicar na formação do vínculo entre o pai e o bebê. Quando se encontraram, mal se cumprimentaram, ficando um de cada lado da incubadora. Quando ficaram do mesmo lado, conversaram baixo por alguns segundos e se retiraram da Unidade. Não demonstraram no período, qualquer sinal que convergissem para um diálogo promissor.

A mãe relata que a ajuda que possui da vizinha é somente nos finais de semana. Durante os demais dias, conta com o auxílio do filho mais velho (10 anos) para cuidar do mais novo. Porém isso só pode acontecer no período da tarde, tendo então, que ela ficar com o filho mais novo no período matutino, salvo quando o filho maior não tiver aula. No momento, a mãe de Gabriel tem como prioridade retornar para casa e ver se os filhos estão bem. Precisa arrumar um emprego logo e não sabe quando poderá ver seu filho novamente e com que regularidade.

## COLETA DE DADOS

**Dia da coleta de dados:** 20 de setembro de 2004 (segunda-feira). **Hora:** 10 horas às 17:10 hs.

**Seqüência do dia da assistência:** 11

### IV – Avaliação do Modo fisiológico:

#### A - Recém-nascido

RN em incubadora intensiva dupla.

Peso: 865 gramas com tala

#### Oxigenação:

FR: 48 - 50 mpm

Ritmo: em compasso com o ventilador mecânico (VM).

Características da respiração: regular e torácico.

Pele: rosada.

Oxigenioterapia (forma): VM com FiO<sub>2</sub> de 0,7% .

#### Nutrição / Hidratação:

Tipo de alimentação: leite industrializado e nutrição parenteral.

Forma de ingestão: via parenteral e sonda orogástrica (SOG).

Forma de sucção: não observado, pois não está sendo amamentado.

Sinais de hipo/hiperglicemia: não observado

Glicemia capilar: 97 mg/dL

Recebeu concentrado de hemácias.

#### Eliminação:

Vesical: micção espontânea.

Freqüência: dois episódios, com coloração amarelo escuro e em médias e grandes quantidades.

Intestinal:

Freqüência: um episódio. (fezes de transição).

Drenagens: sem registro



**Integridade cutâneo – mucosa (ICM):**

Icterícia: sem sinais

Fototerapia: não

Presença de curativos: não observado

Região perineal: íntegra

Cicatriz umbilical íntegra após a queda do coto.

**Regulação hidroeletrólítica:**

Edema: não observado

**Regulação neurológica:**

Estado de vigília: alerta ativo

Reflexos: não observado devido a prematuridade do RN.

Tonicidade: hipotônico

Reação aos estímulos externos: presente.

Descrição do estímulo e reação: ao toque, Gabriel reage com queda de saturação e agitação dos membros. Em procedimentos, apresenta expressões faciais de dor (franzir a testa, apertar os olhos e abrir a boca), associando quedas de saturação. Ao contato verbal, abre os olhos em direção ao estímulo e se agita novamente e constantemente.

**Terapêutica**

Acesso venoso (tipo e região): PICC em MSE e abocath 25 em região cefálica.

Medicação prescrita: Amicacina, Claforan, Cefepime, Fluconazol, Vancomicina, Protovit e Fentanil.

**B – Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera/Mãe:**

Mãe não esteve presente na Unidade Neonatal neste momento.

**IV – Avaliação do Modo de Autoconceito (mãe)**

Não avaliado devido à ausência dos pais e/ou familiar.

**V – Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)**

Não avaliado devido à ausência dos pais e/ou familiar.

**VI – Avaliação do Modo de Interdependência**

Não avaliado devido à ausência dos pais e/ou familiar.

**Outras informações consideradas relevantes pelos acadêmicos, pela equipe neonatal ou pela família do RN.**

Na noite do dia 16 de setembro, Gabriel teve queda de saturação importante (atingindo valores de 45%), associado com bradicardia e episódios de pausa respiratória. Por esse motivo, foi necessário ser reinstalado CPAP a 30%. Mesmo com esse recurso, apresentou um caso de cianose e necessitou ser ambuzado.

No dia 17 de setembro, continuou apresentando queda de saturação de oxigênio, bradicardia e apnéia, necessitando ser suspenso a dieta enteral via sonda. Seu quadro geral não se manteve estável e as recaídas se tornaram repetitivas, precisando então ser entubado e colocado em ventilação mecânica no período da tarde. Recebeu a visita da mãe, e conforme relatos da equipe, permaneceu cerca de vinte minutos olhando para o filho e conversando com o mesmo. No período noturno, houve a necessidade de se aumentar os

parâmetros do ventilador mecânico porque o RN não conseguia manter os níveis satisfatórios de saturação e ritmo cardíacos.

Manteve esse quadro de dificuldade respiratória, quedas de saturação brusca ao estímulo tátil, com lento retorno mesmo com aumento da oferta de oxigênio. No dia de hoje, o bebê foi submetido a vários procedimentos invasivos (punção venosa, coleta de exames, punção suprapúbica para coleta de urina para investigação da infecção), e por isso suas quedas de saturação foram constantes. Devido a essa constante estimulação, o bebê esteve muito agitado, a ponto de se extubar, sendo necessário novamente a entubação.

<b>DATA: 20 de SETEMBRO de 2004</b>		
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>METAS</b>	<b>PLANO E IMPLEMENTAÇÃO</b>
Estresse do RN em vista dos acessos venosos, sondas, contatos táteis ininterruptos e ventilação mecânica.	O RN sentirá o menos possível os estressores, através de medidas que proporcione conforto.	Antes dos procedimentos, fazer contato verbal interagindo com o RN. Deixar sondas e cateteres dispostos de maneira a não perturbar o bebê. Manipular o menos possível a fim de permitir que reponha suas energias e não tenha reações inesperadas aos toques; realizar mudanças de decúbito e medidas de conforto, como a contenção.
Padrão do sono prejudicado devido aos constantes estímulos para procedimentos.	O RN terá momentos de descanso com a finalidade de repor suas energias, através da amenização dos estímulos.	Agilizar procedimentos e agrupá-los. Manter posicionamento de conforto do bebê e propiciar ambiente para o descanso do neonato.
Risco de estresse do RN devido ao procedimento invasivo, e mobilização do braço onde foi realizado PICC.	Será proporcionado conforto ao RN no sentido de amenizar a estresse proporcionado pela mobilização do membro.	Manter membro mobilizado no sentido de não interferir no conforto do RN. Posicionar o bebê de maneira a favorecer a diminuição da sensação do neonato à mobilização.
Ausência dos pais na unidade, gerando risco para o processo de formação do apego.	Os pais conhecerão a sua importância no restabelecimento do filho, procurando interagir com o bebê e permanecer mais tempo na unidade.	Entrar em contato com os pais para saber motivo da ausência na unidade. Dialogar com os mesmos as suas dificuldades e procurar, em conjunto com os mesmos, alternativas para vinda mais freqüente.
Risco para interrupção do processo de formação do apego, em vista da queda no estado de saúde do RN e novos equipamentos que auxiliam na sua recuperação.	Os pais entenderão o motivo da piora na saúde do filho, bem como os equipamentos necessários para sua recuperação, continuando o processo de interação que iniciaram na primeira visita ao filho.	Dialogar com os pais a respeito das novas emoções envolvidas frente ao quadro clínico do RN. Explicar motivos dessa situação e as ações envolvidas para a recuperação do bebê ao tratamento.

#### **EVOLUÇÃO referente ao plano do dia 06 de SETEMBRO de 2004.**

Não foi alcançado o objetivo de conversar individualmente com o pai por falta de oportunidade. Através da mãe, buscou-se entender a história de ambos, mostrando-se por vezes confusa, como por exemplo: “não quero que ele cuide do MEU filho. Eu vou criar do MEU jeito” e “quero que ele assuma, mas não que crie

ou tenha o sobrenome dele”. Tentado discutir com a mãe sobre a importância do papel do pai para o bebê mas a mesma não quis mais dar enfoque nesse assunto, evidenciado pela constante fuga do tema proposto.

A mãe demonstra conhecimento da situação de saúde do RN e parece estar atenta as evoluções do filho (fim da fototerapia e agora em ar ambiente), além de demonstrar conhecimento sobre equipamentos (oxímetro e monitor cardíaco).

A mãe passou a tocar o filho com ambas as mãos, no sentido de confortá-lo, segundo nossa orientação. Iniciou conversa com o filho através do chamado pelo nome do RN e frases de afirmativas: “tu vai sair daí, né!” ou “por que tu está fazendo isso comigo?” (não foi detectado conversa efetiva sobre fatos ou episódios que envolvesse o RN na rotina da mãe ou família). Realizou a posição mãe-canguru e posteriormente relatou que “agora eu sinto que ele é meu!”

O retorno a casa tranquilizou a mãe e parece estar sensível à importância de sua presença para o desenvolvimento do filho. Relata que está reorganizando sua vida vagarosamente. Isso pode ser demonstrado a partir das seguintes respostas adaptativas: referiu que agora tem mais um filho para criar e sustentar, e não pode fazê-lo sem um novo emprego; pretende alugar um novo imóvel, pois estava em processo de mudança do antigo; ver possibilidade de colocar o filho mais novo em uma creche para ter mais tempo com Gabriel; participação nos cuidados com o RN e preocupação com seu estado de saúde diário.

Realizado as ações planejadas. O RN demonstrou, através da manutenção da FC e dos níveis de saturação de O<sub>2</sub> que os estressores foram amenizados, porém não cessados.

Aplicação das ações planejadas em conjunto com a equipe. Discussão com a equipe sobre novas ações para minimizar os estímulos. Alguns membros da equipe ainda não demonstram estarem completamente sensibilizados para esta prática.

Dialogando com a mãe, tentou-se discutir sobre as características do bebê, agora com enfoque na Teoria do Apego, reforçando principalmente a presença da mesma durante a internação do RN pré-termo. A mãe referiu conhecer o assunto, pois conversou com uma das mães alojadas no hotelzinho, que está há mais de um mês no Hospital. Entretanto, ainda afirma “eu sei a importância que tem para ele eu ficar aqui, mas eu tenho que pensar nos outros dois lá em casa”.

## COLETA DE DADOS

**Dia da coleta de dados:** 21 de setembro de 2004 (terça-feira). **Hora:** 07 horas às 14:00 hs.

**Seqüência do dia da assistência:** 12

### IV – Avaliação do Modo fisiológico:

#### A - Recém-nascido

RN em incubadora intensiva dupla.

Peso: 860 gramas sem tala

#### Oxigenação:

FR: 48 - 51 mpm

Ritmo: em compasso com o ventilador mecânico (VM).

Características da respiração: regular e torácico.

Pele: rosada com extremidades cianóticas

Oxigenioterapia (forma): VM com FiO<sub>2</sub> de 0,7% .

#### Nutrição / Hidratação:

Tipo de alimentação: leite materno ordenhado, leite industrializado e nutrição parenteral.

Forma de ingestão: via parenteral e sonda orogástrica (SOG).

Forma de sucção: não observado, pois não está sendo amamentado.

Sinais de hipo/hiperglicemia: não observado

Glicemia capilar: 100 mg/dL.

#### **Eliminação:**

Vesical: micção espontânea

Frequência: dois episódios, com coloração amarelo escuro e em médias e grandes quantidades.

Intestinal:

Frequência: sem episódios.

Drenagens: sem registro

#### **Integridade cutâneo – mucosa (ICM):**

Icterícia: sem sinais

Fototerapia: não

Presença de curativos: não observado

Região perineal: íntegra

Cicatriz umbilical: íntegra

#### **Regulação hidroeletrólítica:**

Edema: não observado

#### **Regulação neurológica:**

Estado de vigília: sonolento com períodos de agitação.

Reflexos: não observado devido a prematuridade do RN.

Tonicidade: hipotônico

Reação aos estímulos externos: presente

Descrição do estímulo e reação: faz expressões faciais de dor durante aspiração, em procedimentos movimentação tórax, cabeça e membros intencionalmente, abertura e fechamento dos olhos, abertura da boca e tentativas de impedir o procedimento com os braços.

#### **Terapêutica**

Acesso venoso (tipo e região): PICC em MSE e abocath em região cefálica.

Medicação prescrita: Vancomicina, Claforan, Cefepime, Furosemida, Fluconazol e Amicacina.

### **B – Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera/Mãe:**

Sem alteração do quadro clínico. Sem interferências e boa produção láctea. Mãe refere que faz ordenha do leite para evitar complicações tardias. Referiu que se dirigiu ao Centro de Saúde do bairro para acompanhamento da infecção que teve na gravidez. Relatou não tomar os remédios, pois os mesmos causam mal estar como cefaléia e enjôo.

### **IV – Avaliação do Modo de Autoconceito (pais)**

#### **Participante: mãe**

A mãe de Gabriel já o tinha visto após a sua queda no estado geral de sua saúde. Expressou que foi um susto devido a rapidez dos fatos: “ele estava se mantendo bem e agora eu não posso chegar perto que o aparelho apita”. A sensação que a mãe passou foi de impotência frente à situação do bebê. O motivo da queda ainda é desconhecido pela mãe, sendo que a mesma entende “eu sei que ele está com uma infecção, e ainda não descobriram onde é para poderem tratar”.

Assim que chegou à Unidade, a mãe de Gabriel disse “oi filho, mamãe chegou para te ver!”, e complementou “desculpa Gabriel, a mamãe só pode vir hoje”. Permaneceu ao lado da incubadora por alguns

minutos olhando para o filho e conversando com o mesmo através de incentivos para que o bebê saísse da situação encontrada. Expressou sua angústia ao ver o filho naquela situação “ô Gabriel, porque tu ainda ta assim?”, e quando referido o episódio da extração do tubo pelo RN ela comentou “viu! Meu filho quer sair daí. Vamos Gabriel, tu tens que sair daí!”.

Durante sua presença na Unidade, ao visualizar intensamente o filho, notou pequenos hematomas nas regiões cefálica, pescoço, membros inferiores e superiores, e segundo a mesma, são devido as intensas punções para extração de sangue “no outro dia que estive aqui, as moças ficaram até duas horas para conseguir retirar sangue do Gabriel. Será que não podem esperar de vez em quando e chamar outras pessoas?”. Esse fato despertou, segundo a mãe “me deu uma raiva e uma vontade de mandar pararem com tudo e deixarem meu filho em paz”.

#### V – Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)

##### Participante: mãe

A mãe permaneceu, em um primeiro momento, resistente a tocar no filho e participar dos cuidados devido aos aparelhos presentes no filho e sua labilidade ao toque. Com o passar do tempo, a visualização dos profissionais e incentivos da equipe, passou a ficar com as mãos sobre o abdômen do filho e efetuou a troca de fraldas em uma oportunidade, com cuidado e firmeza “olha a mamãe te trocando. Não faz folia aí menino!”. Expressou grande desejo de pegar o RN no colo “eu queria mesmo é te pegar meu filho, mas a mamãe não pode”.

DATA: 21 de SETEMBRO de 2004		
DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Relacionamento pai-mãe prejudicado podendo interferir no tratamento e desenvolvimento do RN.	Os pais entenderão que ambos são importantes na recuperação do filho e que o relacionamento dos dois influencia no cuidado com o bebê.	Compreender história de cada um individualmente e como casal. Reforçar importância da presença paterna e materna através da visualização de outras crianças com seus respectivos pais. Procurar contato com o pai para discussão sobre o momento vivido.
Risco para rejeição do RN pelos irmãos, devido ao desconhecimento do fato pelos mesmos.	Os irmãos entenderão a situação do RN e facilitarão a inserção dele na família, permitindo, dessa forma, visitas mais frequentes da mãe à unidade.	Manter posição assumida junto a psicologia de não tocar no assunto, mas demonstrar apoio através de dialogo quando solicitado. Conversar com acadêmica de psicologia sobre consulta da mãe.
Medo materno frente à reação dos filhos frente a notícia do nascimento do irmão.	A mãe compreenderá a importância do apoio dos filhos nesse momento e revelará a notícia aos mesmos.	Discutir com a mãe os enfrentamentos gerados na situação. Fortalecer a importância do acompanhamento do serviço de psicologia. Incentivar a procura da formação da rede social próxima à mãe.
Percepção do RN quanto a presença da mãe, proporcionando conforto através das ações maternas.	O RN sentirá a presença materna e iniciará o processo de interação com a mesma.	Incentivar a mãe com os cuidados do bebê. Elogiar ações da mãe com o filho.

Risco para interrupção do processo de formação do apego, em vista da piora do quadro clínico do RN e novos aparatos tecnológicos.	Os pais compreenderão nova situação e darão continuidade no processo, apesar da nova situação vivenciada.	Dialogar com pais sobre novos sentimentos frente a situação. Proporcionar espaços de expressão dos sentimentos. Disponibilizar-se para sanar as dúvidas maternas. Proporcionar diálogo entre pais e equipe médica sobre quadro clínico do RN.
Estresse do RN em vista dos acessos venosos, sondas, contatos táteis ininterruptos, aspirações do tubo orotraqueal e ventilação mecânica.	O RN sentirá o menos possível os estressores, através de medidas que proporcione conforto e amenize os estímulos.	Posicionar corretamente RN dentro da incubadora, visando não tracionar cânula. Dispor sondas e outros acessórios, de maneira a não estimular desnecessariamente o RN. Manter cuidados com acessos, visando não necessitar novos acessos venosos no RN, realizar aspirações quando necessário e com o máximo de agilidade.
Risco de estresse do RN devido ao procedimento invasivo, e mobilização do braço onde foi realizado PICC.	Será proporcionado conforto ao RN no sentido de amenizar a estresse proporcionado pela mobilização do membro.	Manter membro mobilizado no sentido de não interferir no conforto do RN. Posicionar o bebê de maneira a favorecer a diminuição da sensação do neonato à mobilização.
Déficit no padrão do sono, devido a luminosidade no ambiente, constantes estímulos dos procedimentos e tubo orotraqueal.	O RN terá seu padrão de sono alterado o menos possível através da amenização dos estímulos externos.	Manter cortinas fechadas junto à incubadora, agilizar procedimentos e reuni-los para estimular o RN menos vezes, manter o cueiro sobre a incubadora. Evitar tracionamento da cânula junto à boca do bebê. Favorecer mudanças de decúbito, mantendo cuidados com o TOT.

#### **EVOLUÇÃO referente ao plano do dia 20 de SETEMBRO de 2004.**

A mãe esteve presente na unidade e o RN conseguiu interagir com a mesma, apesar da medicação administrada com a finalidade de sedar o bebê. Ainda assim, o RN apresentou momentos de agitação, demonstrando desconforto provocado pelos equipamentos e aparatos tecnológicos que impedem um repouso efetivo do RN. As estratégias que foram adotadas mostram amenizar a estada do bebê. A equipe tem contribuindo para a realização das ações que previnem os estímulos demasiados, estímulos sonoros e luminosos.

A mãe compreendeu a situação do filho, reconhecendo que teve uma piora de saúde do mesmo, mas afirma saber que esta sendo bem tratado e que investigam a origem do processo infeccioso para se aplicar uma ação mais direta e efetiva.

## COLETA DE DADOS

**Dia da coleta de dados:** 14 de outubro de 2004 (quinta-feira).      **Hora:** 07 horas às 13:30 hs.

**Seqüência do dia da assistência:** 26

### IV – Avaliação do Modo fisiológico:

#### A - Recém-nascido

RN em incubadora intensiva dupla.

Peso: 1160 gramas

#### Oxigenação:

FR: 56 - 58 mpm

Ritmo: Cheyne-Stockes

Características da respiração: regular e abdominal.

Pele: rosada e corada.

Oxigenioterapia (forma): vaporjet à 1L/min. .

#### Nutrição / Hidratação:

Tipo de alimentação: leite industrializado.

Forma de ingestão: sonda orojejunal (SOJ), de forma contínua.

Forma de sucção: não observado, pois não está sendo amamentado.

Sinais de hipo/hiperglicemia: não observado

Glicemia capilar: suspenso por critério médico.

#### Eliminação:

Vesical: micção espontânea.

Volume: dois episódios.

Intestinal:

Freqüência: um episódio (fezes líquidas).

Drenagens: sem registro

### B – Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera/Mãe:

A mãe relatou o retorno da infecção presente no período gravídico. Fato este ocorrido por não ter retornado ao Centro de Saúde para buscar o medicamento que não favorecesse os efeitos colaterais manifestados na mesma. Porém, com a piora no seu quadro clínico, ela buscou a ajuda no serviço de saúde e agora segue com tratamento.

### Integridade cutâneo – mucosa (ICM):

Icterícia: sem sinais

Fototerapia: não

Presença de curativos: não observado

Região perineal: íntegra.

### Regulação hidroeletrólítica:

Edema: sem sinais.

### Regulação neurológica:

Estado de vigília: alerta ativo.

Reflexos: não observado devido a prematuridade do RN.

Tonicidade: normal.

Reação aos estímulos externos: presente.

Descrição do estímulo e reação: como passou a noite sem agitação, o bebê reagiu ao estímulo tátil sem movimentos bruscos. Realizou contato visual com o cuidador e direcionou freqüentemente a cabeça em direção ao interlocutor.

### Terapêutica

Acesso venoso (tipo e região): sem acesso venoso.

Medicação prescrita: Protovit e Sulfato Ferroso.

## V – Avaliação do Modo de Autoconceito (pais)

### Participante: mãe

A mãe fez uma visita rápida ao filho no período matutino, aproveitando que estava próxima ao Hospital. Relatou estar muito feliz com o fato de Gabriel estar sem os aparelhos que o auxiliavam e também por estar sem acessos venosos: “olha que coisa mais linda esse meu filho! Tá louco para ir embora daí!” Ficou um pouco assustada devido as constantes quedas de saturação que o filho estava apresentando, mas acalmou-se ao ver que Gabriel retornava aos níveis de saturação de oxigênio sem necessitar de intervenção, já que conhecia as rotinas utilizadas.

Durante o período que esteve na Unidade, a mãe só tocou no filho em três momentos, afirmando que “eu tô toda suja da rua e só vim ver ele um pouquinho. Além disso, tenho medo de passar alguma coisa pra ele, já que estou tomando medicação pra infecção”. Apesar desta interpretação, permaneceu ao lado da incubadora, com os olhos fixos no filho e conversando com ele.

A mãe afirmou que falou da notícia para seus pais, irmã e um dos filhos. Segundo ela, todos tiveram uma reação de alegria e surpresa com o fato, surpreendendo a mesma, uma vez que pensava que sua família iria condená-la por ter outro filho na condição em que se encontrava. Quanto aos irmãos de Gabriel, a mãe contou apenas para o mais velho, pois achou que seria este o momento, mas pretende contar ao menor assim que tiver a oportunidade. O irmão mais velho de Gabriel, segundo a mãe, está ansioso para ver o irmão e questiona com frequência quando o bebê irá para casa. Agradeceu o apoio que oferecemos para que tomasse tal decisão.

## VI – Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)

### Participante: mãe

Quando foi perguntado sobre o motivo de sua ausência na Unidade por um período tão longo, afirmou que teve uma recaída no seu quadro clínico, regressando o quadro infeccioso. Apontou sua nova rotina diária (novo emprego, novo namorado) como o foco gerador do retorno da sintomatologia.

Referiu com frequência que o novo emprego lhe toma muito tempo. Para tentar amenizar tal situação, pensa em procurar um trabalho no shopping próximo ao Hospital para poder ficar mais próxima do filho. Além disso, está em processo de mudança do bairro praiano para um mais central da cidade.

## VII – Avaliação do Modo de Interdependência

### Observação da interação entre a mãe e o bebê.

- Interação dos pais com o bebê:

**Presença:** a mãe permaneceu na unidade por cerca de quinze minutos, aproveitando que viera nas redondezas do Hospital para resolver pendências jurídicas do seu trabalho.

**Frequência:** é a décima primeira visita da mãe ao bebê.

**Forma de toque:** foram três os momentos que a mãe tocou o filho: um, logo que chegou, acariciando principalmente a cabeça do neonato. Em outro momento, quando insistia para que Gabriel abrisse os olhos porque “eu preciso ver a cor dos olhos dele. Tem que ser iguais aos meus”. E, por fim, para se despedir do filho, agora o envolvendo com as duas mãos e o olhando fixamente.



**Conversa:** como fazia tempo de que não vinha à Unidade e permaneceu pouco tempo com o filho, realizou mais questionamentos aos cuidadores sobre o estado do filho do que a conversa direcionada ao bebê. Quando o fez, insistiu muito para que o filho abrisse os olhos: “abre Gabriel, deixa a mamãe ver a cor dos seus olhos”. Quando se preparava para ir embora, expressou: “dá vontade de ficar aqui contigo filho, mas a mãe precisa descer senão perde a carona. A mãe volta logo pra te ver de novo”.

**Tom de voz:** manteve diferente dos dias anteriores devido à pressa que estava e sua ansiedade de verificar a cor dos olhos do filho. Por isso, muitas vezes, alterava sua voz de maneira que lembrava uma repreensão.

**Contato olho-a-olho:** não foi realizado, para frustração da mãe. Apesar de todos os esforços da mesma, Gabriel manteve seus olhos fechados.

**Emparelhamento:** apesar de não terem realizado contato visual, Gabriel manteve-se direcionado à voz da mãe e se acalmava cada vez que ela o tocava. Reconheceu a voz materna logo de início e abriu a boca no primeiro contato. Não apresentou quedas de saturação na presença materna.

A mãe relatou que pediu ao pai de Gabriel para ir ao Hospital: “pedi que o pai dele (Gabriel) viesse aqui ver ele para que vocês não pensem que eu tinha abandonado ele”. Afirmou que durante o período que esteve doente, manteve contato intenso com o pai de Gabriel através do telefone e o incentivou para ver o filho no Hospital. Porém, a mãe de Gabriel afirma que “eu avisei pra ele não se empolgar porque quem vai criar o Gabriel sou eu!”.

DATA: 14 de OUTUBRO de 2004		
DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Estresse do RN em vista dos acessos venosos, sondas, contatos táteis ininterruptos, aspirações do tubo orotraqueal e ventilação mecânica.	O RN sentirá o menos possível os estressores, através de medidas que proporcione conforto e amenize os estímulos.	Antes dos procedimentos, fazer contato verbal interagindo com o RN. Deixar sondas e cateteres dispostos de maneira a não perturbar o bebê. Manusear o menos possível a fim de permitir que reponha suas energias e não tenha reações inesperadas aos toques. Realizar mudanças de decúbito e medidas de conforto, como a contenção. Realizar aspirações quando necessário e com o máximo de agilidade.
Padrão do sono prejudicado devido aos constantes estímulos para procedimentos.	O RN terá momentos de descanso com a finalidade de repor suas energias, através da amenização dos estímulos.	Agilizar procedimentos e agrupá-los. Manter posicionamento de conforto do bebê e propiciar ambiente para o descanso do neonato.
Ausência dos pais na unidade, gerando risco para o processo de formação do apego.	Os pais conhecerão a sua importância no restabelecimento do filho, procurando interagir com o bebê e permanecer mais tempo na unidade.	Entrar em contato com os pais para saber motivo da ausência na unidade. Dialogar com os mesmos sobre as suas dificuldades e procurar, em conjunto com os mesmos, alternativas para visitas mais frequentes.

## EVOLUÇÃO referente ao plano do dia 21 de SETEMBRO de 2004.

O RN permaneceu calmo e sonolento devido à medicação prescrita para essa finalidade. Portanto poucos foram as reações frente aos estímulos, mas já foram mais amenas que nos dias anteriores. Teve momentos de descanso, porém os procedimentos foram muitos nesse intervalo de tempo, como aspirações freqüentes, coletas de exames e cuidados de higiene e conforto.

Dialogado com a acadêmica da psicologia sobre a consulta com a mãe de Gabriel, sendo discutidas as ações que serão realizadas, em conjunto, de agora em diante.

### COLETA DE DADOS

**Dia da coleta de dados:** 15 de outubro de 2004 (sexta-feira). **Hora:** 07 horas às 13:20 hs.

**Seqüência do dia da assistência:** 27

#### IV – Avaliação do Modo fisiológico:

##### A - Recém-nascido

RN em incubadora intensiva dupla.

Peso: 1190 gramas

##### Oxigenação:

FR: 48 - 52 mpm

Ritmo: Cheyne-Stockes

Características da respiração: regular e abdominal.

Pele: rosada.

Oxigenioterapia (forma): vaporjet à 1L/min.

##### Nutrição / Hidratação:

Tipo de alimentação: leite industrializado.

Forma de ingestão: sonda orojejunal (SOJ), de forma contínua.

Forma de sucção: não observado, pois não está sendo amamentado.

Sinais de hipo/hiperglicemia: não observado

Glicemia capilar: suspenso por critério médico.

##### Eliminação:

Vesical: micção espontânea.

Volume: dois episódios.

Intestinal:

Freqüência: um episódio (fezes líquidas).

Drenagens: sem registro

##### Integridade cutâneo – mucosa (ICM):

Icterícia: sem sinais

Fototerapia: não

Presença de curativos: não observado

Região perineal: integra.

##### Regulação hidroeletrólítica:

Edema: sem sinais.

##### Regulação neurológica:

Estado de vigília: alerta ativo.

Reflexos: não observado devido a prematuridade do RN.

Tonicidade: normal.

Reação aos estímulos externos: presente.

Descrição do estímulo e reação: permaneceu grande parte do período em sono profundo. Durante o banho, momento em que foi estimulado, não realizou movimentos bruscos e manteve-se voltado para o cuidador durante parte do procedimento. O momento mais estressante para o neonato pareceu o da pesagem, quando Gabriel se agitou bastante, movimentando membros e cabeça.

**Terapêutica**

Acesso venoso (tipo e região): sem acesso venoso.

Medicação prescrita: Protovit, Sulfato Ferroso

**B – Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera/Mãe:**

Mãe não esteve presente na Unidade Neonatal neste momento.

**IV – Avaliação do Modo de Autoconceito (mãe)**

Não avaliado devido a ausência dos pais e/ou familiar.

**V – Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)**

Não avaliado devido a ausência dos pais e/ou familiar.

**VI – Avaliação do Modo de Interdependência**

Não avaliado devido a ausência dos pais e/ou familiar.

**Outras informações consideradas relevantes pelos acadêmicos, pela equipe neonatal ou pela família do RN.**

Conseguimos entrar em contato com o serviço de psicologia, através de sua estagiária, sobre a inserção do pai de Gabriel no processo de interação com o filho. Decidimos então por optar a estimular o pai a retornar à unidade mais vezes e participar do tratamento do filho. Continuaremos estimulando a vinda da mãe à Unidade, porém o foco da atenção nesse momento será o pai.

**DATA: 15 de OUTUBRO de 2004**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>METAS</b>	<b>PLANO E IMPLEMENTAÇÃO</b>
Estresse do RN em vista dos da sonda orojejunal e sua fixação, além do manuseio durante os procedimentos.	O RN sentirá o menos possível o agente estressor, através de medidas que proporcionem conforto e amenizem os estímulos.	Antes dos procedimentos, fazer contato verbal interagindo com o RN. Deixar sondas dispostas de maneira a não perturbar o bebê. Manusear o menos possível a fim de permitir que reponha suas energias e não tenha reações inesperadas aos toques; realizar mudanças de decúbito e medidas de conforto, como a contenção.
Ausência dos pais na unidade, gerando risco para o processo de formação do apego.	Os pais conhecerão a sua importância no restabelecimento do filho, procurando interagir com o bebê e permanecer mais tempo na unidade.	Entrar em contato com os pais para saber motivo da ausência na unidade. Dialogar com os mesmos as suas dificuldades e procurar, em conjunto com os mesmos, alternativas para vinda mais freqüente.

Interesse paterno em retomar o processo de formação do apego	O pai entenderá a importância dessa interação tanto para o filho como para si próprio, destinando um tempo para ver o bebê na Unidade Neonatal.	Entrar em contato com o pai para reforçar convite e recomendar relação de assistência à família de Gabriel. Proporcionar espaços de interação pai-filho. Facilitar o encontro pai-filho.
Risco para interrupção do processo de vínculo entre o RN e a mãe devido ao seu aparente desinteresse nos cuidados com o filho e ausência na Unidade Neonatal.	A mãe resgatará o vínculo que tinha com o filho e foi prejudicado, além de tornar suas visitas mais frequentes.	Entrar em contato com a mãe para verificar sua situação e sentimentos em relação ao RN. Checar junto ao serviço de psicologia, contatos feitos com a mãe nos últimos dias.

#### **EVOLUÇÃO referente ao plano do dia 14 de OUTUBRO de 2004.**

O RN aos poucos vai retornando a rotina de descanso e sono, uma vez que os estímulos externos diminuíram. Agora, quando é tocado, reage com movimentos mais suaves e sua interação com os cuidadores acentuasse diariamente.

O contato com o pai não foi realizado, pois está ainda fora da cidade para visitação de parentes. A mãe segue sem fazer contato com a Unidade para saber o estado de saúde do filho.

#### **EVOLUÇÃO referente ao plano do dia 15 de OUTUBRO de 2004.**

O RN passou a maior parte do período em sono profundo. Responde aos estímulos com mais suavidade e interação melhor com os cuidadores que se aproximam dele. Suas quedas de saturação de oxigênio são mais raras e seu retorno é espontâneo e imediato. O contato com o pai foi realizado através do serviço de psicologia, sendo que o mesmo garantiu presença na Unidade com mais frequência.

O bebê Gabriel, que permaneceu sob nossos cuidados durante trinta e um dias, encontrava-se internado até o final da prática assistencial. Nesse momento, respirava com auxílio de vaporjet em bolhas, ganhando peso e sem quedas frequentes de saturação. O pai iniciou uma aproximação com o filho nos últimos dias. Sabemos que Gabriel está agora nos cuidados intermediários, iniciou o processo de amamentação e a visita do pai se tornou frequente.

Para fins didáticos, encontra-se no **Apêndice E**, na íntegra, o processo implementado com o bebê Raphael e seus pais.

Apesar de termos escolhidos esses quatro bebês, não descartamos a observação e auxílio na interação de outros recém-nascidos com seus familiares durante o período de estágio. Esta observação, aliada aos dados colhidos para os processos de enfermagem aplicados, nos permitiu reconhecer as diferentes respostas adaptativas que os pais apresentam frente à situação de ter um filho internado em uma Unidade Neonatal, além das respostas que

o bebê prematuro demonstra na tentativa de adaptar-se à nova vida e às pessoas que dela fazem parte.

Entre as respostas encontradas, percebemos que geralmente os pais demonstram medo, ansiedade e insegurança frente à notícia da necessidade de internação do filho em uma Unidade Neonatal, tendo pouco conhecimento sobre os motivos que levam a esta internação. Embora apresentem estas respostas, observamos que a maioria dos pais buscou compreender a situação vivenciada, encontrando forças em si próprios, na família ou na equipe. Esses pais, quando entendiam o processo de internação, passavam a apresentar respostas mais eficientes frente ao filho, tais como conversar com o bebê, tocá-lo e acariciá-lo.

Observamos ainda que as atitudes dos pais nos primeiros momentos com seu filho são distintas, não seguindo uma regra geral. Essas atitudes dependem de diversos fatores predisponentes que determinarão a intensidade e a eficiência das respostas adaptativas frente à situação de crise. Para Roy (apud LEOPARDI, 1999), um dos subsistemas que a pessoa utiliza para responder de forma eficiente aos estímulos, depende das habilidades aprendidas ao longo da vida do indivíduo. Nos casos estudados, encontramos fatores que influenciaram no processo, como gravidez planejada ou não; a preparação dos pais por profissionais mediante a possibilidade do nascimento prematuro detectado em consultas pré-natais; o apoio da família; entendimento frágil dos pais sobre a real situação clínica do filho; experiências anteriores semelhantes a esta.

A enfermagem deve estar atenta ao processo de formação do apego entre os pais e o bebê. Embora o(a) enfermeiro(a) seja responsável pela recepção da família e orientações iniciais aos pais, sua função continua ao longo da internação com o acompanhamento do processo, detectando respostas influenciadoras da formação do vínculo.

Outra observação que realizamos foi relacionada às respostas dos pais referentes ao desempenho de seus papéis na Unidade Neonatal. Pudemos perceber que no início da internação os pais sentiam-se inseguros, principalmente por perceberem seus filhos como frágeis e delicados:

*“ele é tão pequeno, tão frágil. Eu sou meio desajeitada”* (mãe de Miguel).

*“mas ele é muito pequeno e frágil, fiquei com medo de quebrar. A pele dele é bem fininha, né?”* (mãe de Gabriel).

*“acho ele molinho, tenho medo de machucar ele”* (mãe de Samuel).

A inserção dos pais nos cuidados do filho era gradativa, sendo uma maneira bastante eficaz de aproximá-los do bebê, fazendo com que passassem a se sentir importantes nos cuidados e perdessem o medo de manusear o recém-nascido. Esta foi uma ação que

buscamos realizar com frequência em nossa prática assistencial, no intuito de trabalhar as respostas adaptativas ineficientes que os pais apresentaram frente ao desempenho de seus papéis.

*“... a mãe percebeu que Gabriel urinou na fralda e nos avisou sobre o ocorrido. Encorajamos a mãe para que trocasse a fralda e ela aceitou. Durante a ação demonstrou firmeza nos movimentos e seu rosto tinha a expressão de concentração apenas no que estava fazendo. Ao final, ela nos olhou com uma expressão de alegria e satisfação, a procura de aprovação. Parabenizamos e aprovamos a ação e a mãe abriu um grande sorriso”* (trecho retirado do diário de campo de 03/09/2004).



Mãe realizando os cuidados de higiene e conforto em seu bebê. A mãe e o recém-nascido estão em contato olho-a-olho. Foto autorizada mediante consentimento formal.

Observamos que os bebês respondem de alguma forma aos estímulos recebidos, podendo ser pela variação dos batimentos cardíacos ou abrindo os olhos. A resposta depende do tipo de estímulo (fala, toque, procedimentos) e da pessoa que o realiza (pais ou equipe de saúde). Foi importante a observação dessas reações, para mostrá-las aos pais como estratégia para diminuição de sua ansiedade, com relação à saúde de seu filho. O entendimento dos pais de que suas presenças são percebidas pelo filho, os estimula a permanecerem próximos ao

bebê, mantendo-se a certeza de que suas participações são necessárias e determinantes para o desenvolvimento psicoafetivo dos filhos prematuros.

É fundamental manter os pais informados sobre as características peculiares que os recém-nascidos pré-termos apresentam. Isso diminui a ansiedade dos mesmos a respeito da situação de saúde de seu filho, bem como aumenta a percepção das respostas que o bebê demonstra.

Nossa prática nos possibilitou ainda, a observação do relacionamento entre os pais na Unidade, entendendo as respostas que eles apresentaram quanto ao relacionamento com sua rede de apoio. Percebemos a importância que esta relação tem para o enfrentamento da situação e na recuperação dos bebês, além de ter papel fundamental na formação do apego.

Pedersen (apud KLAUS; KENNEL, 1993) observou que mães que recebiam apoio dos seus maridos faziam uma avaliação mais positiva de suas habilidades maternas, sendo mais efetivas nos cuidados. Park (apud KLAUS; KENNEL, 1993) incentiva o contato precoce do pai com o bebê para que o apego seja formado. O autor acredita que no ambiente hospitalar existe muito aprendizado entre a mãe e o bebê, no qual muitas vezes o pai não é inserido. Se o pai for incluído nesse aprendizado ele pode não só adquirir interesse e o sentimento de possuir o bebê, mas também de desenvolver as mesmas habilidades maternas.

Na situação de Gabriel pudemos observar que o fato da gravidez não ter sido planejada, associado à união instável dos pais, agravou significativamente o processo de formação do apego entre os envolvidos. Observamos que a mãe, no seu entendimento de papel materno, acreditava não ser necessária a presença do pai, inibindo a permanência do mesmo na Unidade. O relacionamento conflituoso entre os pais privou o bebê de contatos mais prolongados com os mesmos, em razão da ausência deles na Unidade em períodos de até quinze dias. A necessidade do bebê de interação foi parcialmente suprida pela equipe de saúde.

Embora tenhamos tido esse exemplo negativo de relacionamento entre os pais, presenciamos experiências positivas com os demais bebês acompanhados. Duas delas em especial nos chamaram a atenção por serem famílias provenientes de outras cidades. Mesmo com a distância física dos pais desses bebês, conseguimos perceber o bom relacionamento mantido e o apoio que dispensavam às suas esposas:

*“o pai de Miguel liga todos os dias para sua esposa, conta que está morrendo de saudades e que está ansioso pela volta dos dois e que gostaria de poder estar mais perto deles.”* (trecho retirado do diário de campo do dia 23/09/2004).

No intuito de “diminuir” a distância entre Miguel e seu pai, enviamos por e-mail alguns registros fotográficos do bebê e de sua mãe, que fizemos na Unidade com a permissão da mesma. Consideramos esta estratégia válida, uma vez que obtivemos um retorno positivo da família.

*“contou-nos que o pai de Miguel havia recebido as fotos, tinha revelado e mostrado para toda a faculdade e para todos os seus amigos. Segundo a mãe, ele está todo orgulhoso!”* (trecho retirado do diário de campo do dia 27/09/2004).

Consideramos que o relacionamento entre os pais é importante para o enfrentamento da situação, facilitando a formação do apego. Concordamos com Klaus e Kennell (1993) quando colocam que é função dos profissionais de saúde encorajar a família a trabalhar junto, auxiliando os pais a conversarem sobre suas dificuldades para que cheguem a soluções que os ajudem a enfrentar a crise iniciada com o parto prematuro.

Além do relacionamento entre os pais, a família representa outro importante apoio durante a internação de um bebê em uma Unidade Neonatal. Segundo Kenner (2001) uma das intervenções de enfermagem mais importante é promover a interação entre os pais de um recém-nascido prematuro e os demais membros da família. A autora coloca que a enfermagem pode ajudar os pais a desenvolverem estratégias de inclusão dos avós, irmãos ou outros membros da família nas visitas ao recém-nascido.

Nossa vivência na Unidade Neonatal, junto com os bebês prematuros e seus pais, nos fez refletir sobre a importância de termos a formação do apego como um dos focos de assistência. Percebemos ainda que os demais membros da família precisam de cuidado, já que eles também são afetados, em maior ou menor intensidade, pela crise que o parto prematuro gera.



Acadêmicos no momento da alta de um dos bebês acompanhados. Foto autorizada mediante consentimento formal.



Consideramos este objetivo alcançado, mesmo que não tenhamos atingido nossa meta de dois processos de enfermagem integrais por acadêmico, uma vez que optamos durante a prática, por acompanharmos menos crianças, garantindo a qualidade de nossa assistência. Mantivemos uma relação de confiança, respeito e amizade com os pais e seus recém-nascidos, que nos permitiu identificar e intervir nos comportamentos que prejudicassem a formação do vínculo, bem como incentivar as respostas que auxiliassem o mesmo processo. As ações que desenvolvemos com a finalidade de promover práticas adaptativas saudáveis foram constantemente negociadas com os pais. Isso garantiu que nossa assistência fosse a mais individualizada possível, respeitando as singularidades do ser humano e o momento que aqueles seres humanos estavam vivenciando. Esta estratégia garantiu, acima de tudo, que tivéssemos mais segurança em aplicarmos o processo, tornando-nos íntimos das teorias que elegemos para nossa prática assistencial.

#### 6.4 REFLETINDO EM GRUPO SOBRE A EXPERIÊNCIA DE TER UM FILHO INTERNADO NA UNIDADE NEONATAL E SOBRE O ESTABELECIMENTO DO VÍNCULO E AS DEMANDAS ADAPTATIVAS RELACIONADAS AO EVENTO.

O nascimento prematuro e a internação do bebê em uma Unidade Neonatal geram nos pais sentimentos como tristeza, medo, ansiedade e um grande estresse psicológico, uma vez que se encontram fragilizados e inseguros quanto à sobrevivência do filho. Como foi dito anteriormente, os pais exercem uma importante influência na recuperação dos bebês, mas ao mesmo tempo, também eles são sujeitos da assistência e precisam do apoio e compreensão da equipe de saúde.

Uma das estratégias que utilizamos para auxiliar neste processo foi a criação do grupo de pais, com a finalidade de dar apoio aos familiares, facilitando o vínculo com os recém-nascidos e reduzindo os efeitos negativos referentes à hospitalização.

Para Lewis, Frain e Donnely (apud GAÍVA; GOMES, 2003) grupos de apoio têm como objetivo fornecer aos indivíduos, que estejam vivenciando situações semelhantes, uma oportunidade de expressar seus sentimentos através de discussão com os profissionais, visando o acolhimento à família, atendimento as suas necessidades e orientações sobre a situação de seus bebês e funcionamento da Unidade.

Durante a nossa prática, realizamos três grupos com familiares de bebês internados na Unidade Neonatal. As reuniões ocorriam nos intervalos das amamentações e, por isso, tinham uma duração curta, de aproximadamente 40 minutos. Os acadêmicos levavam

lanches para que os participantes tomassem café da manhã. Os presentes no grupo sempre nos receberam com alegria e interesse e o encontro acontecia em clima de descontração e confiança mútua.

Optamos por realizar os grupos no “Hotelzinho”, já que é neste local que os acompanhantes, em geral mães, ficam nos períodos em que não estão junto dos recém-nascidos na Unidade Neonatal. Decidimos não realizar os grupos dentro da Unidade, pois poderíamos atrapalhar a rotina de atividades da mesma e também inibir os participantes a expor seus sentimentos.

Inicialmente, havíamos planejado que os grupos fossem realizados apenas com os pais de recém-nascidos pré-termos. No decorrer da prática assistencial, percebemos que muitas das respostas adaptativas que os pais de bebês pré-termo apresentavam, aconteciam também com os pais de bebês a termo que estavam internados na Unidade por algum motivo, que não a prematuridade. Além disso, percebemos que seria uma boa oportunidade para que esses pais compartilhassem suas dúvidas e anseios, relacionados à internação de seus filhos, sendo que o grupo poderia servir como uma troca de experiências entre esses pais. Por estes motivos, decidimos convidar todos os acompanhantes que estavam na Unidade, pois desta forma acreditamos que os encontros seriam mais enriquecedores.

Os acompanhantes eram convidados pelos acadêmicos a participarem do grupo através de contato verbal na própria Unidade, geralmente no início da manhã, quando os acompanhantes estavam na Unidade para realizar os cuidados de higiene e conforto de seus filhos. Escolhemos esta forma de convite por ser mais informal, sendo uma estratégia para que os acompanhantes ficassem mais à vontade para participarem do grupo. Esta opção foi extremamente positiva, uma vez que nos aproximou ainda mais dos acompanhantes, estabelecendo uma relação de confiança com todos eles, permitindo uma maior participação nos grupos.

A equipe também foi convidada a participar, porém, devido à rotina de atividades da Unidade, foi possível apenas a presença de uma acadêmica de psicologia no primeiro e terceiro encontros. Embora não fosse possível uma maior participação da equipe, todos aceitaram bem a idéia da realização da atividade, sendo que sempre trazíamos os resultados obtidos ao final de cada grupo, procurando discutir com os profissionais as questões levantadas pelos acompanhantes.

No primeiro grupo, que ocorreu no dia 29/09/2004, **buscamos entender como os acompanhantes sentiam-se com a internação do bebê na Unidade Neonatal, como eles percebiam o apoio e as atividades da equipe de saúde e como a rede social os auxiliava**

**neste momento.** Percebemos a necessidade de refletirmos em grupo sobre esses assuntos através de nossas observações diárias da postura dos acompanhantes e das conversas isoladas que tínhamos com cada um, onde os sentimentos expressados se repetiam entre eles. Com a abordagem destes temas, pretendíamos entender como ocorrem os processos adaptativos que auxiliam ou prejudicam a formação do apego entre os familiares de um bebê internado em uma Unidade Neonatal.

No segundo grupo, que aconteceu no dia 15/10/2004, os temas abordados foram os mesmos, por sugestão dos acompanhantes que estavam no primeiro encontro e por observarmos ainda a mesma necessidade de discussão. Como os temas foram os mesmos nos dois primeiros grupos, faremos a discussão dos resultados em conjunto, a fim de que a mesma seja mais didática.

É importante ressaltar que no primeiro grupo estavam presentes cinco mães, sendo que apenas uma teve bebê prematuro e com a qual estávamos realizando o processo de enfermagem, uma avó e uma acadêmica de psicologia, convidada por nós a participar da atividade. No segundo, contamos com a presença de quatro mães e um pai, todos com bebês pré-termos internados e, novamente, uma das mães presentes estava sendo acompanhada por nós. A fim de preservar o anonimato dos participantes, iremos denominar os participantes dos encontros genericamente de **pai e mãe**.



Acadêmicos com os participantes de um dos grupos realizados. Foto autorizada mediante consentimento formal.

Antes de iniciarmos o grupo, arrumávamos uma mesa com o lanche que iríamos oferecer aos acompanhantes no término da atividade. Isso já deixava os acompanhantes interessados e descontraídos. Quando tudo estava arrumado, nos apresentávamos, explicando para os participantes nossos objetivos ao desenvolvermos uma prática assistencial na Unidade Neonatal do HU/UFSC. No primeiro grupo, apresentamos também a acadêmica de psicologia, deixando que ela explicasse qual sua atividade no serviço materno-infantil da instituição. Após as apresentações, dialogávamos sobre os temas propostos, questionando ao grupo sua opinião. Todos ficavam livres para se expressarem ou não. À medida que cada um ia falando, procurávamos ir esclarecendo as dúvidas, ajudando-os a dar significado aos sentimentos e emoções que relatavam. A participação da acadêmica de psicologia foi fundamental neste momento, seja pela troca de saberes que compartilhávamos, seja pelo exercício de interdisciplinaridade que adotávamos como postura profissional.

Pudemos confirmar que entre os pais prevalecia o sentimento de angústia e ansiedade em relação ao parto prematuro e a internação em uma Unidade Neonatal, como podemos visualizar na fala a seguir:

*“foi estranho. Eu nunca imaginei... a gente esperava ver ela... eu ali olhando. Ela toda tapada, toda arrumadinha, com um tubo na boca.”* (pai).

*“agora já perdi um pouquinho o medo, mas antes eu chegava lá (Unidade Neonatal) apavorada, chegava lá e começava a tremer.”* (mãe).

Para os pais que já sabiam previamente que seu bebê precisaria de uma internação, estes sentimentos pareciam minimizados, porém continuavam a existir. O nascimento prematuro é um evento inesperado, que traz estímulos aos quais os pais precisam se adaptar. O fato de estar numa Unidade Neonatal, onde existe uma grande quantidade de equipamentos para o suporte da vida do bebê, também gera sentimentos negativos nos pais dos recém-nascidos.

Foi interessante observar que, enquanto um dos acompanhantes ia relatando sua experiência, os demais participantes iam concordando com o que era dito, confirmando nossa percepção de que os pais possuíam sentimentos em comum sobre a internação do bebê.

Outro dado que surgiu nas falas dos acompanhantes, foi a necessidade de apoio dos demais membros da família durante a internação, principalmente quando os pais possuem outros filhos em casa. Este apoio é importante, pois dá mais tranquilidade para os pais acompanharem seu bebê durante a internação, facilitando a formação do apego. Na maioria

dos casos, os pais contam com os avós ou amigos próximos para cuidarem de suas casas e demais filhos.

*“tô com a outra filha em casa, ela tá com a avó.”* (pai).

Procuramos incentivá-los a trazerem os irmãos do bebê para conhecê-lo, para que as crianças maiores entendam os motivos que fazem os pais permanecerem longe de casa, evitando conflitos e sentimentos como o ciúme e a competição.

Outra questão levantada pelas mães foi o conflito de papéis que essas mulheres vivenciam quando acompanham a internação do bebê deixando seus outros filhos em casa, ficando submetidas a inúmeras exigências sociais.

*“eu não posso ficar aqui o tempo todo porque eu tenho outro filho em casa. Ele já tá me falando: tu não és mais minha mãe? Eu tenho que dar atenção aos dois.”* (mãe).

Com relação à equipe de saúde, os pais divergiram um pouco quanto a suas percepções. Alguns relataram terem sido bem acolhidos por todos os profissionais, afirmando que isso facilitou sua inserção na Unidade, tornando menos penosa a internação do filho, como percebemos a seguir:

*“eu só tenho a agradecer, porque me acolheram muito bem.”* (mãe).

Outros acompanhantes, porém, colocaram que a equipe podia constituir um fator de crise, principalmente quando realizavam procedimentos sem o devido esclarecimento ou sem darem aos pais a opção de se retirarem durante a execução das técnicas.

*“as mães ficam todas nervosas, elas deviam ter uma salinha para isso (venopunção) ou falar para a mãe ir esperar lá fora.”* (mãe).

Embora tenhamos escolhido para esses dois grupos alguns temas específicos, outros assuntos foram surgindo, sendo que um deles foi o peso do bebê. Observamos que este assunto tem grande importância para os pais, pois significa a alta hospitalar. Os pais costumam comparar seu recém-nascido com os demais internados na unidade. Pudemos perceber o nível de conhecimento dos pais quanto às características do bebê e seu processo de desenvolvimento. Já havíamos percebido em nossa prática a ansiedade das mães todas as manhãs, quando os filhos eram pesados. Algumas mães costumavam nos questionar sobre a estimativa de ganho ponderal diário dos bebês, para calcularem a data provável da alta. A fala a seguir evidencia esta preocupação:

*“ela (a mãe) fica todo o dia, ela não vê a hora que saia o resultado (peso) pra ver quanto deu, pra ver se sai (alta)...”* (pai).

Percebemos também que, se bem orientados, os acompanhantes passam a entender os mecanismos de perda e ganho ponderal, procurando acompanhá-las em seus bebês.

Em algumas falas ficou evidente ainda o sentimento dos pais em relação aos cuidados realizados aos filhos, como podemos perceber na fala a seguir:

*“quando pega as crianças com mais de nove meses a gente já tem medo, imagina o prematuro, que tem as perninhas bem fininhas. A gente já vai pegar com medo. Eu fico admirada do jeito que vocês (equipe) pegam ele.”* (mãe).

A Unidade Neonatal, em especial a UTI, constitui um ambiente cheio de significados, muitos deles negativos, que podem inibir os pais de participarem dos cuidados aos seus filhos. Nessa hora o papel da enfermagem é fundamental, no sentido de incentivar os pais a estarem juntos de seu filho. A equipe ajuda a diminuir o medo que muitos pais têm de machucar seu filho, principalmente pelo fato deles serem prematuros.

No encontro também surgiram algumas dúvidas, tais como por onde entrava o ar na incubadora e porque alguns bebês usavam sonda nasogástrica e outros orogástrica. À medida que as questões eram colocadas os acadêmicos buscavam elucidá-las da maneira mais compreensível possível.

Estes grupos nos fizeram refletir sobre o nascimento prematuro e todas as crises que este evento traz para as famílias. Buscamos discutir com nossas supervisoras e orientadora sobre as dúvidas que nos foram colocadas, levando-nos a concluir a importância de ouvir os questionamentos dos pais, por mais simples que possam parecer aos profissionais.

O terceiro, e último grupo foi realizado dia 20/10/2004 e contou com a presença de sete mães, das quais quatro participaram do segundo grupo, e uma avó. Estava presente também a acadêmica de psicologia. Nesta reunião buscamos saber como as mulheres se cuidavam durante a internação do bebê e sua permanência no “Hotelzinho”, pois durante nossa prática percebemos que as mães quase não saíam das dependências do hospital e que passavam várias horas deitadas em suas camas. Ouvíamos também queixas repetidas de como era cansativo para elas amamentar a cada três horas e percebíamos que após alguns dias da internação do bebê, as mães apresentavam uma expressão de cansaço. A dinâmica utilizada para este grupo foi a mesma realizadas nos anteriores.

As mulheres presentes verbalizaram as dificuldades que sentiam de se deslocar a cada três horas para amamentar, e relataram a frequência do horário como o principal motivo para não passear ou se ausentar da instituição.

*“como tem de amamentar a cada três horas, nem dá tempo de sair. É só chegar aqui (Hotelzinho), comer e voltar lá (Unidade Neonatal) de novo.”* (mãe).

Procuramos enfatizar a importância do lazer, mesmo enquanto o bebê está internado. As mulheres comentaram que, em alguns episódios em que tentaram ir até a rua não se sentiram bem, atribuindo este mal estar ao longo período que permanecem dentro da instituição.

*“esses dias eu fui pra rua e me senti até mal, fazia tempo que eu não ia lá fora.”* (mãe).

Aconselhamos as mães a saírem em grupo, caso alguma delas não se sentisse bem. Pudemos perceber o bom relacionamento existente entre elas e o modo como uma se preocupa com a outra e o sentimento de cooperação entre as mães, evidenciado pelo interesse que elas demonstram pela situação dos bebês que estão internados.

Consideramos este objetivo plenamente alcançado, uma vez que conseguimos proporcionar momentos de expressão dos sentimentos, de reflexão e discussão entre os pais, levando-os a enfrentarem melhor a internação de seus filhos, encorajando os mesmos a interagir mais com a equipe e com seus bebês, buscando a formação do apego. Também conseguimos elucidar muitas dúvidas, buscando deixá-los mais familiarizados com o ambiente neonatal. A equipe interdisciplinar esteve envolvida indiretamente, uma vez que ao final de cada encontro, discutíamos com os profissionais as questões relatadas. A estratégia de grupos se mostrou bastante promissora, no sentido de criar um espaço para os pais refletirem juntos sobre a situação vivenciada, sendo importante que os profissionais tenham consciência da importância desta estratégia e passem a adotá-la, a fim de amenizar a crise que representa a internação de um bebê, sob a ótica familiar.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“(...) para se chegar aonde quer que seja, aprendi que não é preciso dominar a força, mas a razão. É preciso, antes de mais nada, querer”.*

*(Amyr Klink)*

A nossa proposta de trabalhar com a formação do vínculo entre os pais e o bebê, não é um assunto do cotidiano da enfermagem. As ações nesse sentido geralmente são isoladas, não sendo um assunto de discussão e reflexão na prática. Em geral, quando buscamos um novo campo de estágio pretendemos conhecer novas técnicas e procedimentos, porém partimos de uma necessidade presente no campo e por nós observada, construímos uma proposta assistencial focalizada nesta deficiência e procuramos aplicá-la de modo a minimizar essa dificuldade existente.

Apesar da Teoria do Apego ter suas bases na psicologia, acreditamos que a enfermagem precisa conhecê-la, pois se constitui na equipe com maior número de profissionais e que está mais próxima dos pacientes, podendo reconhecer as respostas que facilitam ou prejudicam a formação do vínculo. As interações entre os pais e seu bebê devem sempre ser um dos focos de atenção do cuidado, pois acreditamos que podem influenciar no desenvolvimento psicoafetivo do bebê, refletindo na personalidade e no modo de relacionar-se com os outros, futuramente.

Estudar a interação entre os pais e os bebês recém-nascidos, principalmente por acompanhar o início de uma vida e a inserção do neonato em sua família, constituiu uma experiência importante em nossa trajetória acadêmica. O fato de acompanharmos sentimentos e reações de pessoas em um momento de fragilidade certificou-nos da importância do suporte psicológico e social que deve haver na assistência às famílias.

Com relação à Teoria da Adaptação, a mesma foi essencial para o desenvolver de nossa prática assistencial, uma vez que com ela foi possível percebermos as atitudes dos envolvidos frente a situações inesperadas, como o nascimento prematuro. O conhecimento dessa teoria, permitiu detectar com eficiência as respostas adaptativas, tanto dos pais frente a situação do filho quanto do bebê frente a presença dos pais, possibilitando nossa atuação para amenizar o possível estresse gerado em todo o processo de interação e recuperação do recém-nascido.

Durante a prática tivemos a necessidade de buscar novos conhecimentos e isso foi fundamental, por estarmos em um ambiente novo e conseqüentemente desconhecido, onde a



cada dia surgiam fatos que nos incentivavam a aprimorar o nosso aprendizado na Unidade, a fim de qualificar a nossa assistência.

Promover encontros com os pais nos permitiu momentos de reflexão com relação às necessidades e sentimentos dos acompanhantes, além de possibilitar a percepção de que as relações que se estabelecem entre eles são muito fortes e os ajuda a enfrentar de maneira mais efetiva e solidária a internação de seus filhos.

O fato de estarmos no ambiente neonatal, inicialmente, nos deixou inseguros, pois durante nossa graduação não havíamos tido contato nesta Unidade. Para superarmos isto, contamos com o apoio de nossa orientadora, supervisoras e da equipe interdisciplinar, que se mostraram dispostos a elucidar nossas dúvidas e a transmitir seus conhecimentos práticos. O acolhimento que tivemos por parte da equipe de saúde permitiu que desempenhássemos com sucesso a nossa prática. A confiança estabelecida com os pais dos recém-nascidos também favoreceu a implementação de nossa proposta de trabalho, principalmente por eles serem um dos principais focos de nosso estudo e para quem dedicamos, neste momento, nosso trabalho.

Aliar as duas teorias escolhidas (Teoria do Apego e Teoria da Adaptação) foi desafiador para nós, uma vez que a associação delas não é usual. Além disso, o uso dessas teorias não foi freqüente durante nossa graduação, visto que sempre utilizamos em nossos estágios a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta. Esta dificuldade foi superada com o passar do tempo, através de leituras constantes sobre as teorias e também com a realização dos processos de enfermagem. Hoje, ao finalizar nosso estudo, temos a certeza de que a teoria fundamenta a prática desde o início da coleta de dados, até a avaliação do processo assistencial. Aliás, só conseguimos exercer nosso papel assistencial, sob os trilhos seguros e desafiadores do referencial teórico.

Por realizar um trabalho abrangente, a enfermagem exerce um papel de extrema importância na Unidade Neonatal, sendo o profissional que fica a maior parte do tempo junto às famílias dos bebês. Por essa razão, possui maior possibilidade de perceber as respostas apresentadas pelos pais e pelos recém-nascidos, podendo trabalhá-las a fim de promover e estimular a interação entre eles.

A unidade neonatal do HU/UFSC é um ambiente onde as diversas áreas envolvidas na assistência ao cliente procuram atuar em conjunto, contribuindo para a qualidade dos serviços prestados, respeitando as atribuições de cada um. Tais relações profissionais envolvendo a enfermagem, medicina, serviço social, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e nutrição, enriqueceram nossos estudos, mostrando que o trabalho interdisciplinar é o melhor caminho para as políticas de humanização da assistência.

Acreditamos que as contribuições advindas do nosso trabalho, tanto nos âmbitos do ensino e assistência na enfermagem neonatal, quanto na vivência dos familiares frente a uma situação de crise, foram a comprovação da possibilidade da aproximação de uma teoria de outro campo profissional, como a psicologia, trazendo uma qualificação para a assistência de enfermagem e aprimoramento nos cuidados junto aos seres humanos que vivenciam o processo de nascimento prematuro.

Além disso, para nós foi muito estimulador perceber que ajudamos no despertar da equipe neonatal sobre a importância da observação da interação dos pais com seus filhos, buscando detectar estímulos que pudessem facilitar ou prejudicar essa relação, além de promover meios de intervenção para proporcionar um ambiente propício para a formação do vínculo.

Finalmente, proporcionou a nós como acadêmicos, uma experiência única. No campo profissional, mostrou a importância do trabalho em equipe e a troca de informações entre as diferentes profissões, a responsabilidade que um profissional necessita ter em um ambiente de cuidados intensivos, além da permanente atualização nos temas que abrangem os cuidados com bebês e seus pais. Além das contribuições para nossa formação profissional, ficamos sensibilizados com a oportunidade de vivência nesse período, participando de um momento inesquecível para as pessoas que acompanhamos (nascimento de um bebê e superação das dificuldades que envolvem uma internação).

Como em qualquer outro estágio que realizamos em nossa vida acadêmica, prestamos os cuidados aos nossos clientes de forma digna, com qualidade e respeito a todos os envolvidos e obtivemos manifestações de gratidão e afeto. Mas como seria a reação de um pequeno cliente que expressa suas emoções de forma tão discreta e distinta aos olhos de pessoas inexperientes? Pois tivemos a resposta no último dia de estágio, quando o bebê Gabriel:

- o que era esperado como um “feto morto” pela equipe;
- o primeiro que acompanhamos e que ficou sob nossos cuidados por mais de um mês;
- o que passou por momentos difíceis durante o período, permanecendo entre a vida e a morte;
- aquele que até então não manifestara qualquer reação sonora,

CHOROU...

Diferente do que poderíamos concluir: o choro de Gabriel não representava um grito de dor ou apelo, mas sim, um grito pela sobrevivência. Ficamos imensamente felizes por podermos participar dessa inesperada, porém vitoriosa história, que está apenas no começo.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, Vera Lúcia. **O vínculo afetivo na UTI neonatal**: uma questão de reciprocidade da tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

BARDT, Aleteia; D'AVILA, Fabiane Silveira; ZELLNER, Micheli. **O cuidado de enfermagem humanizado**: vivências de interações enfermeira/recém-nascido/família na Unidade Neonatal. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

BLUE, Carolyn L.; BRUBAKER, Karen M.; PAPAZIAN, Katherine R.; RIESTER, Cynthia M. Callista Roy. Modelo de adaptación. In: MARRINER, Ann. **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: ROL, 1989.

BISCHOFF, Lúcia. **Anjosnet**. 2004. Disponível em: <[www.anjosnet.com.br](http://www.anjosnet.com.br)>. Acesso em 05 de novembro de 2004.

BOWLBY, John. **Apego e perda**: apego. v. 1. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: Método Mãe-Canguru: Manual do Curso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. **Saúde da Criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. Quando o bebê morre. In: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit (Org.). **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 157 – 169.

BRAZ, Marta Ângela Braga; BRAGA, Nina de Almeida. Cuidando da cidadania do bebê e de sua família. In: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit (Org.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-121.

BRAZELTON, T. Berry. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

COFEN/COREN. **Legislação sobre o exercício da Enfermagem.** Florianópolis, 2003.

CONTRERAS, Justina. **Assistência de enfermagem a clientes hansenianos: modelos de adaptação de Roy.** 1990. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

COSTA, Roberta. **Compreendendo o significado do Método Mãe Canguru para a equipe de saúde da unidade de neonatologia do HU/UFSC.** 2004. Projeto de Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

COSTENARO, Regina Gema Santini. **Ambiente terapêutico de cuidado em UTI neonatal: um experimento para redução do estresse na aspiração orotraqueal do RN.** 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DULDT, Bonnie W. E.; GIFFIN, Kin. Theoretical perspective for nursing. In: MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como rito de passagem: abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos.** 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

GAÍVA, Maria Aparecida Muhoz; GOMES, Maria Magda Ferreira. **Cuidando do neonato: uma abordagem de enfermagem.** Goiânia: AB, 2003.

GALBREATH, Julia Gallagher. Sister Callista Roy. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 206-226.

GAUTHIER, Jacques Henri Maurice. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1998.

KENNER, Carole. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLAUS, Marshall; KLAUS, Phyllis. **O surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

LEOPARDI, Maria Tereza. Sister Callista Roy. In: \_\_\_\_\_. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Ed. Papa Livros, 1999, p. 109-114.

MARCONDES, Eduardo. **Pediatria básica**. v.1. 7.ed. São Paulo: Sarvier, 1985.

MELLO, Rosane Reis de; MEIO, Maria Dalva Barbosa Baker. *Follow up* de recém-nascidos de risco. In: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit (Org). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 179-184.

MENDES, Eliane Norma Wagner. Cuidados de enfermagem em terapia intensiva neonatal. In: MIURA, Ernani; PROCIANOY, Renato S. e cols. **Neonatologia princípios e práticas**. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como rito de passagem: abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes et al. Conhecendo uma UTI neonatal. In: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit (Org). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 29-42.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes et al. Os irmãos do bebê. In: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit (Org). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.97-105.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BONFIM, Olga Luiza. Um nascimento diferente. In: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit (Org). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 23-27.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; RODRIGUES, Mônica Andrade. O bebê na UTI: intercorrências e exames mais freqüentes. In: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit (Org). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 43-50.

OKIKAWA, Linda Lefrak; LUND, Carolyn Houska. Prática de enfermagem na unidade de tratamento intensivo neonatal. In: MARSHALL, Klaus H.; FANAROFF, Avroy. **Alto risco em neonatologia.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

OLIVEIRA, Maria Emília de. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com icterícia fisiológica. In: OLIVEIRA, Maria Emília de; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria (Org). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais.** Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 298 - 304.

OLIVEIRA, Maria Emília de; MONTICELLI, Marisa. Assistência de enfermagem ao recém-nascido no centro obstétrico. In: OLIVEIRA, Maria Emília de; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria (Org). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais.** Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 70 – 90.

OLIVEIRA, Maria Emília de; MONTICELLI, Marisa. Assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo. In: OLIVEIRA, Maria Emília de; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria (Org). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 285 – 297.

SCHMITZ, Edilza Maria et al. **A Enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 1995.

SOUZA, Mariana Fernandes de et al. O modelo de adaptação de Roy – proposta de aplicação em enfermagem obstétrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 1. p. 14–17, março 1989.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

WONG, Donna L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

## **ANEXOS**



**ANEXO A – CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476  
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CENTRO DE ESTUDOS

## CERTIFICADO

Certificamos que ADI FRANCESCHI JUNIOR participou do 'Curso de CAPACITAÇÃO EM ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO - MÉTODO MÃE CANGURU' no Hospital Universitário HU/UFSC no período de 16 a 17 de setembro de 2004 na qualidade de participante, com carga horária de 16 horas.

Programa: Apresentação dos participantes - Acendendo a chama; Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-método mãe Canguru; Aspectos psicoafetivos no nascimento pré-termo; A família na unidade neonatal: Do acolhimento á alta; O cuidador e o ambiente na unidade neonatal; Considerações sobre o desenvolvimento afetivo do bebê Desenvolvimento comportamental do neonato e intervenções no meio ambiente; Cuidados posturais e manuseios individualizados; Técnicas p/Promoção do aleitamento materno no prematuro; Seguimento ambulatorial: Abordagem clínica; Seguimento ambulatorial: Desenvolvimento; Equipe interdisciplinar; Implantação da atenção humanizada ao RN de baixo peso-método mãe Canguru na maternidade do Hospital Universitário/UFSC

Florianópolis 17 de setembro de 2004

  
Dr. Paulo César Trevisol Bittencourt  
Professor de Neurologia - www.neurologia.ufsc.br

Prof. Paulo César Trevisol Bittencourt  
Presidente do Centro de Estudos do HU/UFSC

CES/HU

Reg. n.º. 011

Livro n.º. 006

Fls. n.º. 075

  
Visto



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476  
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069


HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que LEILA PASSOS NEVES participou do 'Curso de CAPACITAÇÃO EM ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO - MÉTODO MÃE CANGURU' no Hospital Universitário HU/UFSC no período de 16 a 17 de setembro de 2004 na qualidade de participante, com carga horária de 16 horas.

Programa: Apresentação dos participantes - Acendendo a chama; Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-método mãe Canguru; Aspectos psicoafetivos no nascimento pré-termo; A família na unidade neonatal: Do acolhimento à alta; O cuidador e o ambiente na unidade neonatal; Considerações sobre o desenvolvimento afetivo do bebê Desenvolvimento comportamental do neonato e intervenções no meio ambiente; Cuidados posturais e manuseios individualizados; Técnicas p/Promoção do aleitamento materno no prematuro; Seguimento ambulatorial: Abordagem clínica; Seguimento ambulatorial: Desenvolvimento; Equipe interdisciplinar; Implantação da atenção humanizada ao RN de baixo peso-método mãe Canguru na maternidade do Hospital Universitário/UFSC

Florianópolis 17 de setembro de 2004

  
Dr. Paulo César Trevisol Bittencourt  
Professor de Neurologia - [www.neurologia.ufsc.br](http://www.neurologia.ufsc.br)  
Presidente do Centro de Estudos - HU/UFSC

**Prof. Paulo César Trevisol Bittencourt**  
Presidente do Centro de Estudos do HU/UFSC

CES/HU



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476  
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069

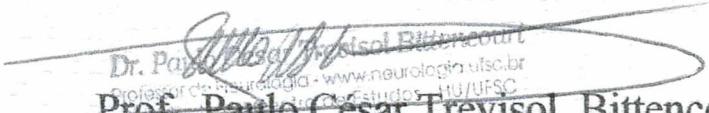
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que TATIANA LÚCIA CAETANO participou do 'Curso de CAPACITAÇÃO EM ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO - MÉTODO MÃE CANGURU' no Hospital Universitário HU/UFSC no período de 16 a 17 de setembro de 2004 na qualidade de participante, com carga horária de 16 horas.

Programa: Apresentação dos participantes - Acendendo a chama; Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-método mãe Canguru; Aspectos psicoafetivos no nascimento pré-termo; A família na unidade neonatal: Do acolhimento á alta; O cuidador e o ambiente na unidade neonatal; Considerações sobre o desenvolvimento afetivo do bebê Desenvolvimento comportamental do neonato e intervenções no meio ambiente; Cuidados posturais e manuseios individualizados; Técnicas p/Promoção do aleitamento materno no prematuro; Seguimento ambulatorial: Abordagem clínica; Seguimento ambulatorial: Desenvolvimento; Equipe interdisciplinar; Implantação da atenção humanizada ao RN de baixo peso-método mãe Canguru na maternidade do Hospital Universitário/UFSC

Florianópolis 17 de setembro de 2004

  
Dr. Paulo César Trevisol Bittencourt  
Professor de Neurologia - www.neurologia.ufsc.br

Prof. Paulo César Trevisol Bittencourt  
Presidente do Centro de Estudos do HU/UFSC  
CES/HU

Reg. n.º. 042

Livro n.º. 006



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476  
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069

## CERTIFICADO

Certificamos que *Taíla Ranaireva* participou como Membro Efetivo da V Jornada Científica da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, promovida pelo Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade (GIAM) com o tema central : Cuidando da Família no Processo do Nascimento no período de 21 e 22 de outubro de 2004, com carga horária de 10hs.

Florianópolis, 22 de outubro de 2004

Sergio Murilo Steffens  
Ginecologia / Obstetrícia  
CRM 5026

Presidente do GIAM

Dr<sup>a</sup> Miriam R. Tavares da Cunha Melo  
Chefe da Divisão de  
Ginecologia  
CRM 1277

Presidente do Centro de Estudos

CES/HU  
Reg. n°. 041  
Livro n°. 006  
Fla. n°. 082

*prom*



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476  
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069

## CERTIFICADO

Certificamos que *Tatiana Lúcia Caetano*  
participou como Membro Efetivo da V Jornada Científica da Maternidade  
do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina,  
promovida pelo Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade (GIAM)  
com o tema central : Cuidando da Família no Processo do  
Nascimento no período de 21 e 22 de outubro de 2004, com carga horária  
de 10hs.

Florianópolis, 22 de outubro de 2004

*Sergio Murilo Steffens*  
Ginecologia / Obstetrícia  
CRM 5225

Presidente do GIAM

*Miriam K. Tavares da Cunha Melo*  
Dr.<sup>a</sup> Miriam K. Tavares da Cunha Melo  
Chefe da Divisão de  
Tocoginecologia  
CRM 1277

Presidente do Centro de Estudos

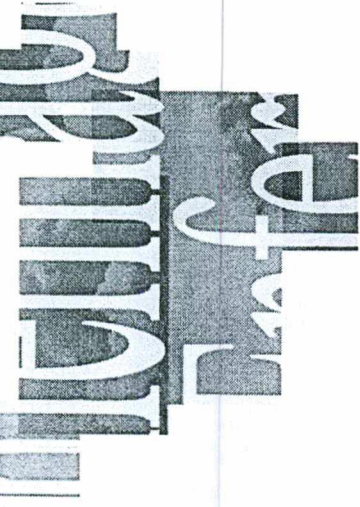
CES/HU

Reg. n.º 023

Livro n.º 006

Fls. n.º 081

*OCen*  
Visto



# 56° Congresso Brasileiro de Enfermagem

Certificamos que

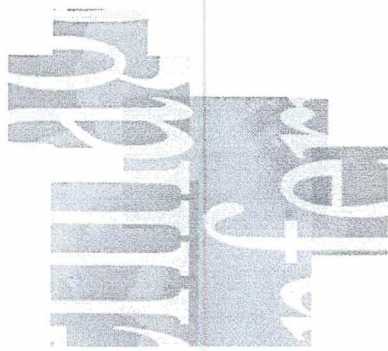
*Adi Franceschi Junior*

participou do 56° Congresso Brasileiro de Enfermagem,  
realizado entre os dias 24 e 29 de outubro de 2004, em Gramado,  
Rio Grande do Sul.

Francisca Valda da Silva  
Presidente

Maria Henriqueta Luce Kruse  
Coordenadora da Comissão de Temas

Gramado, 29 de outubro de 2004



# 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem

Certificamos que

*Thaíla Ramos Neves*

participou do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem,  
realizado entre os dias 24 e 29 de outubro de 2004, em Gramado,  
Rio Grande do Sul.

*Valda da Silva*

Valda da Silva  
Presidente

*Maria Henriqueta Luce Kruse*

Maria Henriqueta Luce Kruse  
Coordenadora da Comissão de Temas

Gramado, 29 de outubro de 2004



# 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem

Certificamos que

*Fátima Louisa Castano*

*participou do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem,  
realizado entre os dias 24 e 29 de outubro de 2004, em Gramado,  
Rio Grande do Sul.*

*Valda*

Valda da Silva  
Presidente

*Maria*

Maria Henriqueta Luce Kruse  
Coordenadora da Comissão de Temas

Gramado, 29 de outubro de 2004

## **APÊNDICES**

## Apêndice A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

**Dia da coleta de dados:** (dia de semana) **Hora:**

**Seqüência do dia da assistência:**

### I – Preliminares com o Recém-nascido e seus pais

### II – Identificação do RN

**Nome:**

**Data e hora do nascimento:** às \_\_\_\_\_ hs

**Tipo de parto:**

**Apgar:** 1° min \_\_\_\_\_ 5° min \_\_\_\_\_

**Peso do nascimento:**

**Idade Gestacional segundo Capurro:**

**Idade Gestacional segundo Lubchenco (relação peso x idade gestacional):**

**Idade Gestacional segundo Ballard:**

**Sexo:** ( ) M ( ) F

**Posição na família:**

**Data da internação:**

**Motivo da internação:**

**Condições de chegada:**

( ) deprimido

( ) hiperexcitado

( ) acompanhado por familiar. Quem: \_\_\_\_\_

( ) outras condições. Quais:

### III – Identificação dos Pais

**Data da coleta de dados:**

**Respondente:**

**Procedência:**

**Pai:**

**Idade:**

**Escolaridade:**

**Mãe:**

**Idade:**

**Escolaridade:**

**Religião:**

**Outra pessoa significativa para os pais e que acompanha a internação do RN:**

**Situação Familiar atual:**

**Recém-nascido planejado/programado:**

**Experiências anteriores similares a esta:**

**Número de Filhos:**

**Organização da família durante a hospitalização:**

**Profissão, local, período e disponibilidade para permanecer na Unidade Neonatal:**

#### **IV – Avaliação do Modo fisiológico:**

##### **A - Recém-nascido**

**Peso:**

##### **Oxigenação:**

FR:

Ritmo:

Características da respiração:

Pele:

( ) rosada

( ) pálida

( ) rosada com

extremidades cianóticas

( ) cianótica

( ) icterícia

( ) avermelhada

Oxigenioterapia (forma):

##### **Nutrição / Hidratação:**

Tipo de alimentação:

( ) leite materno ordenhado

( ) leite industrializado

( ) nutrição parenteral

Forma de ingestão:

( ) seio materno

( ) mamadeira

( ) SNG / NE

( ) via parenteral

( ) outros

Forma de sucção:

Pega da aréola:

( ) completa

( ) incompleta

Turgor da pele:

Sinais de hipo/hiperglicemia:

Glicemia capilar:

##### **Eliminação:**

Vesical:

( ) micção espontânea –  
frequência \_\_\_\_\_

características: \_\_\_\_\_

( ) cateter vesical – volume

características: \_\_\_\_\_

( ) coletor de urina – volume

características: \_\_\_\_\_

Intestinal:

Frequência:

( ) mecônio

( ) fezes de transição

( ) fezes lácteas

Drenagens:

( ) resíduo gástrico por  
sondagem

Volume e características:

( ) vômitos –

Características:

( ) regurgitação –

Características:

( ) não observado

**Integridade cutâneo – mucosa**

**(ICM):**

Icterícia:

- até 48 horas
- após 48 horas

Locais:  face

- membros  tronco

Zona:

- não observado

Fototerapia:

- Sim
- Não

Presença de:

- bossa serosanguinolenta
- cefalohematoma
- não observado

Presença de curativos:

Região e características:

\_\_\_\_\_

Região perineal:

- íntegra
- outras. Características:

Coto Umbilical:

- gelatinoso
- mumificado
- granuloma
- sinais flogísticos
- presença de cateter
- presença de secreção.

Descrição:

**Regulação**

**hidroeletrolítica:**

- presença de edema

Região: \_\_\_\_\_

- não observado

**Regulação neurológica:**

Estado de vigília:

- sono profundo
- sono leve
- sonolência
- alerta inativo
- alerta ativo
- choro

Reflexos:

- Babinski
- Moro
- sucção
- perioral
- deglutição
- não observado

Tonicidade:

- normal
- hipotônico
- hipertônico

Reação aos estímulos externos:

- presente – Descrição do estímulo e reação:
- ausente

**Terapêutica**

Acesso venoso (tipo e região):

Medicação prescrita:

## **B - Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera / Mãe:**

### **Produção Láctea:**

- ( ) aumentada
- ( ) adequada
- ( ) baixa

**Dificuldades referidas ou observadas no processo de lactação/amamentação:**

**Outros dados relevantes:**

## **V – Avaliação do Modo de Autoconceito (pais)**

### **Participante:**

**Primeira reação dos pais frente a notícia da internação:**

**Sentimentos frente a internação do filho:**

**Conhecimento/informações sobre o motivo da internação:**

**Percepção dos pais quanto ao bebê:**

**Preparação dos pais para enfrentar o momento/situação:**

**Palavras pronunciadas quando se aproximam do filho:**

**Postura, atitudes, cuidados de higiene dos pais ao bebê:**

## **VI – Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)**

### **Participante:**

**Sentimentos com relação ao filho recém-nascido:**

**Vontade de participar nos cuidados com o seu filho:**

**Opinião pessoal frente a opinião de outros sobre seu papel de paternagem/maternagem:**

**Expectativas de contribuição da equipe de enfermagem frente a situação do filho:**

**Relação com outros filhos:**

**Dificuldades sentidas para desenvolverem o papel de pais. Estímulos para exercer o papel de pai e mãe:**

**Expectativas de contribuição da equipe de enfermagem a fim de exercer a função de paternagem e maternagem:**

## **VII – Avaliação do Modo de Interdependência**

### **Pessoa Observada:**

**Observar:**

- Interação dos pais com o bebê:

**Presença:**

**Frequência:**

**Forma de toque:**

**Conversa:**

**Tom de voz:**

**Contato olho-a-olho:**

**Emparelhamento:**

**Relacionamento entre os pais:**

**Presença de outros familiares na unidade.**

**Relacionamento dos pais com a equipe.**

**Comportamento / Reações do bebê quando na presença dos pais:**

**Comportamento/Reações do bebê quando na presença da equipe:**

**Você sente confiança na equipe de saúde e na instituição, com relação ao cuidado prestado?**

**Outras informações consideradas relevantes pelos acadêmicos, pela equipe neonatal ou pela família do RN:**

**Apêndice B – INSTRUMENTO DIÁRIO PARA DIAGNÓSTICO, METAS, PLANO E IMPLEMENTAÇÃO E EVOLUÇÃO**

Nome do RN: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Acadêmico Responsável: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Apêndice C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que será desenvolvido pelos acadêmicos da última fase: Adi Franceschi Júnior, Leila Passos Neves e Tatiana Lúcia Caetano, orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Marisa Monticelli e supervisionado pelas enfermeiras Janaína Mery Ribeiro e Roberta Costa a realizar-se na Unidade Neonatal do Hospital Universitário da UFSC.

Este trabalho tem como objetivo prestar assistência de enfermagem aos recém-nascidos pré-termos e a seus pais, focalizando o estabelecimento/fortalecimento dos vínculos familiares.

Sua participação, bem como a de seu recém-nascido, será com o fornecimento de dados, obtidos através de conversa com os acadêmicos, observação direta pelos mesmos e realização de cuidados de enfermagem com o bebê.

A participação nessa prática não irá prejudicar, sob nenhum aspecto, os envolvidos neste trabalho. Será garantido que seu nome ou qualquer outro dado que o(a) identifique sejam mantidos em sigilo, e que o Sr.(a) terá liberdade para desistir a qualquer momento.

Após ler o presente termo e aceitar participar do trabalho, pedimos que assine as duas vias do termo de consentimento, sendo que uma delas ficará em seu poder.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro através deste documento, meu consentimento em participar como sujeito do presente trabalho. Declaro ainda, que estou ciente do objetivo e do método, bem como dos meus direitos de desistir a qualquer momento e tenho a garantia de que meu nome real e de meus familiares não serão registrados no relatório final; sendo que para isso os nomes serão substituídos por nomes fictícios, preservando o anonimato.

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

Florianópolis, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Apêndice D - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO E USO DE REGISTROS  
FOTOGRAFICOS DA PRÁTICA ASSISTENCIAL NA UNIDADE NEONATAL DO  
HU**

Autorizo os acadêmicos Adi Franceschi Junior, Leila Passos Neves e Tatiana Lucia Caetano, do último período do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, a realizarem registros fotográficos durante as atividades práticas na Unidade Neonatal do HU.

Estou consciente de que as fotos selecionadas sob minha autorização serão utilizadas em trabalhos desenvolvidos pelos estudantes, que manterão os devidos cuidados de não identificação do recém-nascido internado na Unidade Neonatal.

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

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

( ) Familiar do recém-nascido.

( ) Membro da equipe de enfermagem da Unidade Neonatal.

## **Apêndice E – PROCESSO DE ENFERMAGEM**

### **COLETA DE DADOS**

**Dia da coleta de dados:** 10 de setembro de 2004 (sexta-feira)

**Hora:** 7:30 às 16:00

**Seqüência do dia da assistência:** 01

#### **I – Preliminares com o Recém-nascido e seus Pais**

No dia 10/09, às 7:00 horas, a equipe da Neonatologia foi informada pela equipe do Centro Obstétrico que havia um trabalho de parto prematuro (TPP) em andamento. A enfermeira da Unidade veio nos avisar deste TPP e perguntou se alguém gostaria de acompanhar esta família e então colocamo-nos a disposição. A enfermeira então telefonou para o C.O., pedindo permissão para nossa permanência lá até o nascimento da criança. Como não havia problemas, dirigimo-nos até lá e nos apresentamos para a enfermeira do C.O. que nos levou até o leito do pré-parto onde a mãe estava e apresentou-nos como acadêmicos de enfermagem, pedindo seu consentimento para que um de nós a acompanhasse. Permanecemos com ela até o momento do nascimento de Raphael. O trabalho de parto durou cerca de 9 horas e Raphael nasceu através de uma cesariana.

#### **II – Identificação do RN**

**Nome:** Raphael

**Data e hora do nascimento:** 10/09/04 às 15:37 hs

**Tipo de parto:** cesárea

**Apgar:** 1º min 8 5º min 9

**Peso do nascimento:** 2215 gramas

**Idade Gestacional segundo Capurro:** 35 semanas e 5 dias

**Idade Gestacional segundo Lubchenco (relação peso x idade gestacional):** AIG (adequado para a idade gestacional)

**Idade Gestacional segundo Ballard:** não avaliado

**Sexo:** masculino

**Posição na família:** quarto filho

**Data da internação:** 10/09/04

**Motivo da internação:** prematuridade (RNPT) e desconforto respiratório

**Condições de chegada:** chegou a Unidade às 15:40, procedente do Centro Obstétrico, com o diagnóstico de prematuridade e desconforto respiratório. Foi admitido na Unidade em Vaporjet, colocado em tenda de O<sub>2</sub>, apresentando-se ativo e dispnéico.

#### **III – Identificação dos Pais**

**Data da coleta de dados:** 10/09/04

**Participante:** mãe

**Procedência:** bairro da região continental de Florianópolis

**Pai:** pai de Raphael

**Idade:** sem informação

**Escolaridade:** sem informação

**Mãe:** mãe de Raphael

**Idade:** 30 anos

**Escolaridade:** superior completo

**Religião:** católica

**Outra pessoa significativa para os pais e que acompanha a internação do RN:** não até o momento presente

**Situação Familiar atual:** pais vivem em união estável. Ambos são divorciados.

**Recém-nascido planejado/programado:** não. De todos os filhos apenas o terceiro foi programado, pois a mãe possui uma história obstétrica complicada. Ela não planejava mais ter filhos, tanto que optou por ser realizada laqueadura logo após o parto de Raphael.

**Experiências anteriores similares a esta:** sim. Os dois primeiros filhos também nasceram prematuros e necessitaram de internação em uma Unidade Neonatal (a mais velha ficou na Maternidade Carlos Corrêa e o segundo na Maternidade do HU). Segundo a mãe “já tô craque no assunto”.

**Número de Filhos:** três da união atual. O pai possui uma filha do primeiro casamento. A mãe relatou ter tido um aborto no primeiro casamento, porém conta este bebê que perdeu como um filho também.

**Organização da família durante a hospitalização:** a avó materna ficará com as crianças na casa do casal durante o período de internação da mãe e do bebê.

**Profissão, local, período e disponibilidade para permanecer na Unidade Neonatal:** a mãe trabalha na biblioteca de uma grande escola da capital. O pai é autônomo, trabalha com computadores. Ela tem disponibilidade de ficar porque está de licença maternidade. Ele, por ser autônomo, pode fazer seu próprio horário, porém não pode afastar-se por longos períodos do estabelecimento que é de sua propriedade.

#### **IV – Avaliação do Modo Fisiológico:**

##### **A - Recém-nascido**

RN em incubadora simples

##### **Oxigenação:**

FR: 56 mpm

Ritmo: Cheyne Stockes

Características da respiração: dispneico

Pele: rosada

Oxigenioterapia (forma): Vaporjet/tenda de O<sub>2</sub>

##### **Nutrição / Hidratação:**

Tipo de alimentação: não observado. O RN não mamou logo após o nascimento, pois apresentou desconforto respiratório, necessitando de oxigenioterapia.

Sinais de hipo / hiperglicemia: não apresentado

##### **Eliminação:**

Vesical: micção espontânea

Intestinal: ausente no período

Drenagens: não observado

##### **Integridade cutâneo – mucosa (ICM):**

Icterícia: não observado

Fototerapia: Não

Presença de: bossa serosanguinolenta

Presença de curativos: não observado

Região perineal: íntegra

Coto Umbilical: gelatinoso

##### **Regulação hidroeletrólítica:**

Presença de edema: observado em face

##### **Regulação neurológica:**

Estado de vigília: sono leve e choro

Reflexos: Moro

Tonicidade: normal

Reação aos estímulos externos: presente. Chorou no nascimento e ao ser muito manuseado. Não procura pela voz quando fala com ele.

#### **Terapêutica**

Acesso venoso (tipo e região): não observado

#### **B - Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera / Mãe:**

**Produção Láctea:** baixa

**Dificuldades referidas ou observadas no processo de lactação/amamentação:** referiu no C.O que deseja amamentar, mas que teve muitas dificuldades com os outros filhos, tendo que recorrer ao leite industrializado.

**Outros dados relevantes:** informou sofrer de depressão e estar fazendo tratamento.

#### **V – Avaliação do Modo de Autoconceito (pais)**

**Participante:** pai e mãe.

**Primeira reação dos pais frente a notícia da internação:** os pais já sabiam porque têm experiência de outros filhos pré-termo. O pai questionou a necessidade de o filho ficar numa incubadora, isso o deixa incomodado (“Meu filho vai ter de ficar naquele aquário. Acho aquilo horrível, parece que fica em exposição. Vai um ali e mexe, vai outro ali e mexe. Parece um pacote de bolacha”).

**Sentimentos frente a internação do filho:** esperam que seja rápida e que possam ir logo pra casa.

**Conhecimento/informações sobre o motivo da internação:** Ao serem questionados sobre a necessidade de internação do filho, responderam que era porque “ele é muito pequenininho e precisa ficar em observação”. Os pais já passaram por duas vezes pela experiência de ter um filho internado em uma Unidade Neonatal, ambas as vezes por prematuridade.

**Percepção dos pais quanto ao bebê:** não questionado. Porém o pai, na sala de cuidados do RN, ainda no C.O., ficou sempre atento ao bebê. Questionou peso e a “nota” que ele recebeu (Apgar). Questionou a necessidade de o bebê ficar internado, ao que o residente explicou que era preciso observá-lo alguns dias. Por fim, constatou que o filho se parecia com a mãe (“tem cara de nordestino”).

**Palavras pronunciadas quando se aproximam do filho:** não pronunciou. A mãe, ao ver o filho ainda na sala de parto, apenas questionou sobre o coto umbilical (“O que é isso na barriguinha dele?”).

**Postura, atitudes, cuidados de higiene dos pais ao bebê:** não observado.

#### **VI – Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)**

**Sentimentos com relação ao filho recém-nascido:** não questionado

**Vontade de participar nos cuidados com o seu filho:** não questionado

**Opinião pessoal frente a opinião de outros sobre seu papel de paternagem/maternagem:** não questionado

**Expectativas de contribuição da equipe de enfermagem frente a situação do filho:** não questionado

**Relação com outros filhos:** boa. O pai possui uma filha do primeiro casamento e diz dar toda assistência à menina, que tem paralisia cerebral.

**Dificuldades sentidas para desenvolverem o papel de pais. Estímulos para exercer o papel de pai e mãe:** não questionado.

**Expectativas de contribuição da equipe de enfermagem a fim de exercer a função de paternagem e maternagem:** não questionado.

## **VII – Avaliação do Modo de Interdependência**

**Participante:** mãe e pai

Observar:

- Interação dos pais com o bebê:

**Presença:** permaneceu cerca de quarenta minutos junto ao filho. Depois decidiu ficar com a esposa, que ainda estava no C.O., para levar-lhe notícias do bebê e tranquilizá-la.

**Freqüência:** foi o primeiro contato do pai com o bebê, já que ele havia nascido a poucos minutos.

**Forma de toque:** tocou apenas uma vez no filho, na perna, usando a ponta dos dedos de uma das mãos. O toque foi realizado lentamente e durou apenas alguns minutos. O pai parecia hesitante em tocar no filho e só o fez depois do incentivo dos acadêmicos e da funcionária do C.O. que realizava os cuidados no recém-nascido.

**Conversa:** não observado. O pai permaneceu todo o tempo ao lado do berço aquecido, junto ao filho, mas apenas questionou sobre as condições do bebê e sobre os procedimentos realizados.

**Tom de voz:** não observado, porque o pai não teve contato verbal com o bebê.

**Contato olho-a-olho:** prejudicado pelos procedimentos que estavam sendo realizado com o bebê. Porém o pai prestou muita atenção nas características do filho, chegando a conclusão de que ele era parecido com a esposa.

**Emparelhamento:** o bebê não demonstrou alteração significativa em seu quadro geral na presença do pai. Isso ocorreu provavelmente por ser o primeiro contato entre eles e pelo excessivo manuseio ao qual o bebê estava exposto.

**Relacionamento entre os pais:** O pai ficou a maior parte do tempo ao lado da esposa, segurando sua mão na hora da contração. Parecem ter um bom relacionamento.

**Presença de outros familiares na unidade:** não havia

**Relacionamento dos pais com a equipe:** durante o trabalho de parto pareceu tensa. A mãe queria realizar logo uma cesariana, pois já tinha uma história de trabalho de parto cansativo. Além disso, estava desde domingo esperando o nascimento do bebê. Estava cansada e pedia o tempo todo para realizar a cirurgia. A equipe a julgou como sendo “manipuladora, fingindo o que estava sentindo para poder fazer a cirurgia e conseqüentemente a laqueadura” (desejo que a mãe deixou claro desde o início).

**Comportamento / reações do bebê quando na presença dos pais:** sem reações significativas. Porém, é importante ressaltar que neste primeiro momento o bebê permaneceu a maior parte do tempo com a equipe.

**Comportamento/ reações do bebê quando na presença da equipe:** chorou ao ser manipulado.

**Confiança na equipe de saúde e na instituição, com relação ao cuidado prestado:** não questionado.

**Outras informações consideradas relevantes pelos acadêmicos, pela equipe neonatal ou pela família do RN:** o pai de Raphael foi convidado a acompanhar o RN (que estava em incubadora de transporte) até a Unidade Neonatal. Disse que já conhecia o setor, pois seu outro filho também nasceu pré-termo e havia internado ali. Ao chegar na unidade, chamamos a enfermeira, a apresentamos ao pai e em conjunto, fornecemos as orientações. O pai ficou o tempo todo na porta da UTI vendo de longe o que estava sendo feito com Raphael. Ao ser convidado a entrar, disse que preferia ir ver como a esposa estava e que mais tarde iria ver o filho.

DATA: 10 de SETEMBRO de 2004.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Padrão respiratório alterado relacionado a prematuridade.	O padrão respiratório do RN irá estabilizar se for ofertado O <sub>2</sub> ao bebê.	Auxiliar a equipe nos cuidados com o RN; ofertar O <sub>2</sub> ao bebê.
Risco para a formação do apego devido à permanência da mãe no AC em puerpério imediato.	O risco será amenizado se a mãe for informada constantemente sobre seu filho.	Manter a mãe informada sobre a situação do bebê através do marido ou da equipe interdisciplinar (CO e Neonatologia).
Risco para a formação do apego devido à possibilidade de instalação de depressão.	Os sintomas da depressão serão atenuados se a mulher puder se expressar e for apoiada pela equipe e pela rede social próxima.	Permitir que a mulher expresse seus sentimentos; apoiar a mãe no período do puerpério imediato no AC.
Dificuldade paterna em aceitar a necessidade da permanência do RN na incubadora.	O pai irá entender a permanência do filho em uma incubadora se entender sua importância e função.	Explicar para o pai a necessidade e a função da incubadora, além de reforçar sua importância; mostrar para o pai outros bebês com necessidade de permanência em incubadora; explicar para o pai as técnicas e cuidados realizados com o RN.
Conhecimento adequado dos pais quanto ao motivo da internação do RN.	Os pais irão sentir-se estimulados se seus conhecimentos prévios forem exaltados.	Confirmar, para os pais, o motivo da internação do bebê; estimular os pais a sanarem suas dúvidas e questionamentos.
Apoio positivo do marido à esposa no momento do parto/pós-parto.	O pai continuará a apoiar a esposa se sua atitude for estimulada.	Reforçar a importância do apoio à mulher/puérpera; apoiar a atitude do marido em relação à esposa.
Resistência do pai em entrar na UTI gerando risco para a formação do apego.	A resistência do pai em relação à UTI se atenuará se conhecer melhor o setor e se sentir bem-vindo no ambiente.	Explicar para o pai as rotinas da UTI e os equipamentos presentes na unidade; manter a equipe à disposição para solucionar possíveis dúvidas.

## COLETA DE DADOS

**Dia da coleta de dados:** 11 de setembro de 2004 (sábado)

**Hora:** 11:30 às 15:00

**Seqüência do dia da assistência:** 02

### IV – Avaliação do Modo Fisiológico:

Drenagens: não observado

#### A - Recém-nascido

RN em incubadora simples

Peso: 2205 gramas

#### Oxigenação:

FR: 60 mpm

Ritmo: Cheyne Stockes

Características da respiração: abdominal

Pele: rosada

Oxigenioterapia (forma): Vaporjet

#### Integridade cutâneo – mucosa (ICM):

Icterícia: não observado

Presença de: bossa serosanguinolenta

Presença de curativos: não observado

Região perineal: íntegra

Coto Umbilical: gelatinoso

#### Regulação hidroeletrólítica:

Edema: não observado

#### Nutrição / Hidratação:

Tipo de alimentação: leite materno

Forma de ingestão: seio materno

Forma de sucção: fraca. Não coordena sucção-  
respiração-deglutição

Pega da aréola: incompleta

Turgor da pele: normal

Sinais de hipo / hiperglicemia: não observado

#### Regulação neurológica:

Estado de vigília: sono leve/choro

Reflexos: Moro, demais não testados

Tonicidade: normal

Reação aos estímulos externos: presente. No colo da mãe permanecia com os olhos voltados para ela, principalmente quando ela falava.

#### Terapêutica

Acesso venoso (tipo e região): punção abocath em membro inferior esquerdo para receber antibiótico.

Medicação prescrita: Ampicilina e Gentamicina

### B - Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera / Mãe:

**Produção Láctea:** baixa

**Dificuldades referidas ou observadas no processo de lactação/amamentação:** não conseguiu manter o bebê ao seio. Referiu dificuldades para amamentar, pois tem “o bico do seio invertido”.

**Outros dados relevantes:** a mãe estava na Neo, tentando amamentar Raphael. Apresentava punção venosa em MSE para receber penicilina. Estava sentada numa cadeira, pois referiu tontura e cefaléia. Foi atendida por uma técnica da Unidade, que lhe ofereceu um copo com água. A mãe referiu que desde o parto não se sente bem, com



vontade de vomitar, tontura e dor de cabeça. Segundo ela sua pressão estava normal. Teve de ser levada de volta ao A.C. em cadeira de roda já que referiu não conseguir caminhar.

#### **V – Avaliação do Modo de Autoconceito (pais)**

**Participante:** mãe.

A mãe permaneceu todo o tempo sentada já que não se sentia bem. Permaneceu com o filho um tempo no colo, tentando amamentar. Falava que não podia amamentá-lo, que não conseguia porque tinha mamilo invertido e que já tinha tido dificuldade com os outros filhos. Como estava tonta, pediu para colocarmos o bebê na incubadora. Colocamos Raphael virado para a mãe. Ele estava em sono leve, abria os olhos quando ela falava. Sua mãe, quando via o filho abrir os olhos, dava tchau para ele e sorria. Pediu para que a levássemos para o AC. Antes de ir mandou um beijo para o bebê e disse: “dá dó deixar ele aí”.

#### **VI – Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)**

**Participante:** mãe

A mãe referiu tontura enquanto esteve junto da criança. Sentiu-se grata com a intervenção da equipe quando não se sentiu bem. Garante que está triste de deixar o filho na Unidade, de não poder voltar com ele para o A.C. Demonstrou sua confiança nos acadêmicos ao relatar que “só nós sabíamos o que ela havia passado no parto”.

#### **VII – Avaliação do Modo de Interdependência**

**Participante:** mãe

Observar:

- Interação dos pais com o bebê:

**Presença:** a mãe esteve presente na Unidade no final da manhã, permanecendo cerca de quarenta minutos junto ao filho, pois não estava sentindo-se bem.

**Freqüência:** foi o primeiro contato efetivo da mãe com o bebê, já que ela não havia completado o tempo necessário de recuperação pós-cesariana para poder ir até a Unidade ver o filho.

**Forma de toque:** a mãe tocava seus dedinhos, apenas nas pontas e na face do bebê de forma suave e devagar.

**Conversa:** a mãe falava palavras de carinho para o bebê.

**Tom de voz:** falava com tom suave e baixo, sempre com um sorriso os lábios.

**Contato olho-a-olho:** ocorreu diversas vezes, sempre por curtos períodos de tempo. O bebê permaneceu a maior parte do período com os olhos fechados. A mãe sorria todo vez que o filho abria os olhos em sua direção

**Emparelhamento:** o bebê virava o rosto quando a mãe falava e por alguns momentos abria os olhos. Permaneceu calmo enquanto esteve no colo da mãe. Quando esta sentiu-se tonta, colocamos o bebê na incubadora, com o rosto voltado para a mãe. Ele abriu os olhos mais algumas vezes, agitando-se quando a mãe conversava com ele.

**Relacionamento entre os pais:** não observado, pois o pai do bebê não estava presente na Unidade.

**Presença de outros familiares na unidade:** não havia outros familiares na Unidade.

**Relacionamento dos pais com a equipe:** no momento que a mãe referiu tontura, prontamente os funcionários, e nós acadêmicos, fomos atendê-la. Ela foi amparada, o bebê foi colocado na incubadora e foi oferecido um pouco de água para a mãe. A equipe esteve sempre perto e ela foi acompanhada até o AC.

**Comportamento / reações do bebê quando na presença dos pais:** Raphael ficou olhando para ela. O olhar não era fixo, às vezes desviava para outros lados da sala, mas a maior parte do tempo permaneceu com os olhos voltados para a mãe. Na incubadora, Raphael passou para o sono leve, abrindo os olhos quando a mãe falava. Ele foi colocado em decúbito lateral, de modo que seu rosto ficou voltado para o lado que a mãe estava.

**Comportamento/ reações do bebê quando na presença da equipe:** não observado.

**Confiança na equipe de saúde e na instituição, com relação ao cuidado prestado:** não observado.

DATA: 11 de SETEMBRO de 2004.		
DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Padrão respiratório alterado relacionado com a prematuridade.	O padrão respiratório do RN irá tornar-se adequado se for ofertado O <sub>2</sub> ao bebê.	Manter o RN em Oxigenioterapia; prestar assistência direcionada para a prematuridade da criança.
Alimentação inadequada relacionada a pega incompleta da aréola e poder de sucção fraco.	O bebê irá sugar vigorosamente e realizar pega completa da auréola se for estimulado adequadamente.	Realizar estímulo oral no RN, através de exercícios e sucção não nutritiva; auxiliar a mãe em todas as mamadas; reforçar para a mãe a importância e as vantagens do aleitamento materno.
Risco para a formação do apego devido ao quadro clínico instável da mãe.	O risco para a formação do apego será atenuado se a mãe apresentar melhora de seus sintomas clínicos	Encaminhar a mãe para o AC; informar a equipe do Alojamento sobre os sintomas apresentados pela mãe; reavaliar progressão e evolução dos sinais e sintomas.
Dificuldade para amamentar relacionada ao formato do mamilo e história anterior de amamentação mal sucedida.	A dificuldade para amamentar diminuirá se as dúvidas relativas à história anterior das amamentações forem solucionadas.	Conhecer a história anterior das amamentações; avaliar o formato do mamilo; estimular a realização de exercícios para melhorar o formato do mamilo; reforçar a importância do leite materno para o bebê e para a mulher nutriz.
Tristeza da mãe relativa a permanência do bebê na unidade neonatal.	A tristeza materna atenuará se ela permanecer mais tempo com o bebê e se entender a necessidade de permanência do filho na unidade neonatal.	Estimular a permanência da mãe na unidade junto ao bebê; reforçar a importância da presença dos pais junto a criança; reforçar os conhecimentos maternos sobre a necessidade de permanência do bebê na unidade neonatal
Interação positiva entre a mãe e o bebê através do toque, fala carinhosa e contato olho-a-olho.	A mãe continuará a interagir com o bebê se sua atitude for estimulada.	Reforçar para a mãe a importância do toque e do contato olho-a-olho para ela e a criança; estimular a mãe a continuar a ir na unidade neonatal e permanecer perto do bebê.

### **EVOLUÇÃO referente ao plano do dia 10 de SETEMBRO de 2004.**

A mãe conversou sem muitos problemas até um certo período, quando o cansaço a impedia de continuar falando ou desabafando. Referiu dificuldades para amamentar, mas não falou mais sobre sua depressão.

O bebê recebeu suporte de oxigênio ainda no Centro Obstétrico. À medida que os cuidados eram realizados, fomos explicando para o pai o que estava sendo feito e qual a finalidade. Após estar em Oxigenioterapia, o bebê passou a apresentar uma diminuição do desconforto respiratório. Quando os cuidados terminaram, o RN foi colocado em uma incubadora de transporte e foi levado para a mãe. O pai ficou contrariado de ver seu filho na incubadora, mas ficou mais calmo após explicarmos a necessidade de manter o bebê aquecido e de mostrar o RN para a mãe. Esta estava sonolenta, mas viu o bebê e questionou quanto ao coto umbilical.

O pai continuou resistindo ao fato do bebê ter de ser colocado na incubadora, mesmo com as explicações sendo reforçadas. Ele permaneceu na porta da UTI, observando de longe os cuidados que eram realizados. Fomos explicando as técnicas que estavam sendo feitas e aproveitamos para mostrar outros bebês que também estavam em incubadora, reforçando a importância da mesma. Nossas orientações tiveram o apoio da enfermeira de plantão. O pai apenas se sentiu aliviado quando falamos que seria importante que ele voltasse para junto da esposa e a deixasse ciente de tudo o que estivesse acontecendo ali. Antes de ele voltar para o C.O. aproveitamos para parabenizá-lo pela atitude positiva que teve com a mulher durante todo o trabalho de parto e pelo bebê. Ele agradeceu e voltou ao C.O.

## COLETA DE DADOS

**Dia da coleta de dados:** 13 de setembro de 2004 (segunda-feira)

**Hora:** 7:00 às 12:00

**Seqüência do dia da assistência:** 03

### IV – Avaliação do Modo Fisiológico:

#### A - Recém-nascido

RN em incubadora simples

Peso: 2160 gramas

#### Oxigenação:

FR: 50 mpm

Ritmo: Cheyne Stockes

Características da respiração: abdominal e irregular

Pele: icterica

Oxigenioterapia (forma): ar ambiente

#### Nutrição / Hidratação:

Tipo de alimentação: leite industrializado

Forma de ingestão: sucção nutritiva

Forma de sucção: fraca. Não coordena sucção-respiração-deglutição

Turgor da pele: normal

Sinais de hipo / hiperglicemia: não apresenta

#### Eliminação:

Vesical: micção espontânea

Intestinal: fezes meconiais

Drenagens: não apresenta

### B - Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera / Mãe:

**Produção Láctea:** baixa.

**Outros dados relevantes:** foi diagnosticado cefaléia pós-raqui. Por isso, a mãe está em repouso absoluto no leito no AC. Continua queixando-se de dor de cabeça, tontura e “vontade de vomitar”.

#### Integridade cutâneo – mucosa (ICM):

Icterícia: após 48 horas

Locais: face, membros e tronco.

Fototerapia: Sim

Região perineal: íntegra

Coto Umbilical: gelatinoso

#### Regulação hidroeletrólítica:

Edema: não apresenta

#### Regulação neurológica:

Estado de vigília: sono leve

Reflexos: Moro presente. Ausência dos reflexos de sucção, deglutição e perioral. Demais reflexos não testados

Tonicidade: normal

Reação aos estímulos externos: presente. Chora ativamente ao ser muito manuseado

#### Terapêutica

Acesso venoso (tipo e região): MIE. Punção venosa por abocath

Medicação prescrita: Ampicilina e Gentamicina

## V – Avaliação do Modo de Autoconceito (pais)

**Participante:** mãe.

Levamos Raphael para a mãe ver no AC, após conversarmos com a estagiária da Psicologia. Ela estava deitada, por isso colocamos Raphael deitado ao lado dela. Ela falava com ele com voz suave, tocava o bebê nos dedinhos e no rosto, suavemente. (“A mãe chora porque não pode ficar contigo”; “Ta bonito o bebê da mãe”; “Nós sobrevivemos filho”).

## VI – Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)

Perguntamos se a mãe estava decidida a não amamentar Raphael. Ela disse que não conseguiria amamentar porque tem mamilo invertido, sabia que não ia conseguir e já havia avisado para os médicos que não iria amamentar. Já havia decidido. Falou que a filha mais velha veio conhecer o irmão e que o achou grande e bonito. Agradeceu-nos por tudo que havíamos feito por ela.

## VII – Avaliação do Modo de Interdependência

Observar:

- Interação dos pais com o bebê:

**Presença:** foi o primeiro contato que a mãe teve com o bebê neste dia, pois ela mantém repouso absoluto no leito devido ao diagnóstico de cefaléia pós-raqui.

**Forma de toque:** a mãe permaneceu deitada com o filho nos braços, envolvendo de forma que o bebê ficasse bem próximo a ela. Com a mão que estava livre, tocou a face do bebê diversas vezes. Depois tocou nos dedinhos do bebê, passando a segurar em sua mão.

**Conversa:** ela conversou diversas vezes com o filho, falando palavras de carinho, questionando como ele estava e elogiando-o (“como tá bonito o bebê da mãe”).

**Tom de voz:** falava com tom suave e baixo, sempre com um sorriso os lábios.

**Contato olho-a-olho:** ocorreu poucas vezes, por curtos períodos de tempo. O bebê permaneceu a maior parte do período com os olhos fechados. A mãe sorria todo vez que o filho abria os olhos em sua direção, nos chamando para mostrar as reações do bebê.

**Emparelhamento:** quando a mãe falava, Raphael permanecia de olhos fechados, porém levantava as sobrancelhas. Apenas em um momento ele abriu os olhos. Ela sorriu e olhou pra nós, me mostrando o que havia acontecido. Ele fechou os olhos. Raphael possui uma expressão séria, porém quando saímos do quarto de sua mãe, ele sorriu.

**DATA: 13 de SETEMBRO de 2004.**

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Alteração cutâneo-mucosa relacionada a presença de icterícia.	A icterícia irá regredir se o RN for colocado em fototerapia, recebendo os cuidados de enfermagem específicos ao tipo de tratamento.	Manter o bebê em fototerapia; manter cuidados com bebê em fototerapia (proteção ocular e temperatura axilar a cada 3 horas); observar sinais de desidratação
Alimentação inadequada relacionada a pega incompleta da aureola e poder de sucção fraco.	O bebê irá sugar vigorosamente e realizar pega completa da auréola se for estimulado adequadamente.	Realizar estímulo oral no RN, através de exercícios e sucção não nutritiva.

Risco para a formação do apego devido ao quadro clínico da mãe que se mantém em repouso absoluto no leito.	O risco para formação do apego irá diminuir se o contato entre a mãe e o bebê for mantido.	Levar o bebê para junto da mãe no Alojamento Conjunto; solicitar que os profissionais nos outros turnos também levem o bebê.
Interação positiva entre a mãe e o bebê através do toque, fala e emparelhamento.	A interação será mantida se esta atitude for mantida e incentivada	Apontar para a mãe as respostas aos estímulos que o bebê apresenta; incentivar a mãe a conversar e tocar seu filho; explicar para a mãe a importância do contato entre os pais e o bebê na formação dos laços afetivos.

#### **EVOLUÇÃO referente ao plano do dia 11 de SETEMBRO de 2004.**

O bebê permaneceu em oxigenioterapia, sendo que sua frequência cardíaca e saturação estavam sendo monitorizadas constantemente. Foi realizada uma leitura sobre bebês pré-termos a fim de tornar a assistência mais adequada às necessidades deste bebê.

Quando chegamos na unidade, a mãe já não estava mais amamentando, porém foram reforçadas as importâncias do aleitamento materno e do contato pele-a-pele proporcionado no momento da amamentação. Explicamos ainda que existe no hospital a Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), serviço que ela poderia estar procurando para ser auxiliada na ordenha do leite materno e mesmo para a realização de exercícios que viessem a facilitar o momento da mamada. Ela repetiu que não amamentou nenhum dos outros filhos devido às dificuldades que encontra.

Através de sucção não nutritiva, pudemos perceber que a sucção de Raphael é fraca e necessita de muito estímulo para se tornar regular.

Como a mãe relatou não estar sentindo-se bem, preferimos encaminhá-la para o A.C. Enquanto íamos para o Alojamento explicamos que era importante para Raphael a presença dos pais, mas que era fundamental que ela se sentisse forte, que era essencial que ela cuidasse também de sua saúde. Comentamos que seriam necessários mais alguns dias de internação para Raphael e que ela teria tempo de estar junto dele. Aproveitamos para apontar as interações que ocorreram enquanto Raphael esteve no colo de sua mãe, mostrando como o bebê reage à presença materna. Ela também comentou sua percepção e pareceu mais animada.

Ao chegarmos no A.C. incentivamos a mãe a se alimentar e a repousar um pouco. Avisamos para o enfermeiro de plantão que ela havia se sentido mal e que agora estava no leito. Agradecemos a atenção, nos despedimos da mãe e saímos.

## COLETA DE DADOS

**Dia da coleta de dados:** 14 de setembro de 2004 (terça-feira)

**Hora:** 7:00 às 12:00

**Seqüência do dia da assistência:** 04

### IV – Avaliação do Modo Fisiológico:

#### A - Recém-nascido

RN em incubadora simples

Peso: 2100 gramas

#### Oxigenação:

FR: 52 mpm

Ritmo: Cheyne Stockes

Características da respiração: abdominal e irregular

Pele: rosada

Oxigenioterapia: ar ambiente

#### Nutrição / Hidratação:

Tipo de alimentação: leite industrializado

Forma de ingestão: sonda nasogástrica

Forma de sucção: não observado. Porém a fonoaudióloga comunicou que Raphael ainda não coordena a sucção/respiração/deglutição e não possui o reflexo de busca muito ativo.

Turgor da pele: normal

Sinais de hipo / hiperglicemia: não apresentado

#### Eliminação:

Vesical: micção espontânea

Intestinal: fezes de transição

Drenagens: não apresentado

#### Integridade cutâneo – mucosa (ICM):

Icterícia: regredida. RN foi retirado da fototerapia

Presença de curativos: não observado

Região perineal: íntegra

Coto Umbilical: mumificado

#### Regulação hidroeletrólítica:

Edema: não observado

#### Regulação neurológica:

Estado de vigília: sono leve e choro

Reflexos: Moro. Demais reflexos não testados.

Tonicidade: normal

Reação aos estímulos externos: presente. Volta-se em direção a voz quando se fala com ele.

#### Terapêutica

Acesso venoso (tipo e região): abocath em MIE

Medicação prescrita: Ampicilina e Gentamicina

### B - Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera / Mãe:

#### Produção Láctea:

Não observado. A mãe não está amamentando seu filho e mantém o propósito de não fazê-lo.

**Outros dados relevantes:** A mãe conseguiu levantar e ir até a Neo. Disse que já estava bem, que inclusive estava indo para casa naquele dia. Quando percebeu que Raphael estava com SNG começou a ofegar e segurou a mão do marido. Começou a se queixar de tontura, dor de cabeça e falta de ar. Só melhorou após receber informações sobre a necessidade da sonda e do marido convidá-la para ir almoçar.

#### **IV – Avaliação do Modo de Autoconceito (pais)**

**Participante:** pai e mãe.

O pai de Raphael estava presente neste dia. Assim que chegou cumprimentou as pessoas na unidade e procurou saber sobre os exames que o filho tinha feito e iria fazer (Raphael havia feito um RX e faria um USG pela tarde, devido uma suspeita de microcefalia). Depois de conversar com a equipe, lavou as mãos e falou “Vou tocar um pouco nele”. Abriu a incubadora e colocou suas mãos sobre o bebê (alternando a palma e as costas da mão) enquanto dizia “O pai ta aqui”, porém sem olhar para a criança. A mãe não tocou em Raphael, ficou sentada ao lado da incubadora olhando para o bebê e depois que viu a sonda, parou de olhar. O pai acha Raphael “meio caído”, a mãe diz que está “meio sonolento”.

#### **V – Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)**

A mãe disse que teria de ir para casa ficar com os filhos maiores. Pediram para serem avisados da hora da USG para poderem acompanhar o filho. Quando foi embora, o marido me chamou num canto e pediu “Cuida bem dele pra mim ta?” Pediu ainda para o pessoal de enfermagem mantê-lo informado de tudo que estivesse acontecendo com o filho, inclusive das suspeitas de diagnóstico. Informou que tem uma filha com paralisia cerebral e isso o deixa temeroso em relação a saúde de Raphael (“Tu me entende né? Você pode imaginar quantas ressonâncias ela já fez?”).

#### **VI – Avaliação do Modo de Interdependência**

Observar:

- Interação dos pais com o bebê:

**Presença:** os pais estiveram presentes duas vezes no final da manhã e uma no início da tarde, permanecendo cerca de vinte minutos na primeira vez e cerca de uma hora na segunda.

**Freqüência:** ao todo foram três visitas dos pais ao bebê, em quatro dias de internação.

**Forma de toque:** a mãe no tocou no filho, principalmente por ter visto a SNG. O pai tocou uma vez, usando toda a mão para acariciar as costas do bebê. Foi um toque rápido em que o pai não olhava para o filho, permaneceu conversando com os funcionários enquanto acariciava o bebê.

**Conversa:** não houve contato verbal entre os pais e o bebê.

**Tom de voz:** não observado devido a ausência de contato verbal.

**Contato olho-a-olho:** não ocorreu. O bebê permaneceu dormindo, mesmo com o toque do pai.

**Emparelhamento:** o bebê não reagiu ao toque do pai, apenas movimentou-se um pouco quando a mãe sentou-se ao lado da incubadora. Isso reforçou a percepção de que ele é um bebê sonolento. Quando estamos com Raphael geralmente ele abre os olhos e se vira na nossa direção, reação que quase não apresenta na presença dos pais.

**Relacionamento entre os pais:** o pai impacientou-se com a esposa quando ela referiu tontura e dor de cabeça após ter visto a sonda.

**Relacionamento pais/equipe:** o pai inquietou-se com a equipe por não terem falado da suspeita de Microcefalia (achou que a equipe estava “sonogando informações”).



**DATA: 14 de SETEMBRO de 2004.**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>METAS</b>	<b>PLANO E IMPLEMENTAÇÃO</b>
Processo de alimentação prejudicado evidenciado pela necessidade do uso da SNG devido à ausência do reflexo perioral e do fraco reflexo de sucção/deglutição.	O processo de alimentação será estabelecido de maneira adequada se o bebê apresentar os reflexos necessários para mamar.	Auxiliar a equipe na administração do leite por gavagem; realizar estímulo oral no bebê; solicitar avaliação e auxílio da Fonoaudióloga nos exercícios.
Risco para a formação do apego devido à reação da mãe frente à necessidade de uso de SNG do filho.	O risco será extinto se a mãe compreender e aceitar a necessidade do uso da SNG e aprender a alimentar seu filho através dela.	Explicar para os pais a necessidade do uso da SNG; envolver os pais no processo de alimentação, mostrando para eles a forma de administrar o leite por gavagem; elucidar as possíveis dúvidas que os pais tiverem sobre a SNG.
Risco para hiperestimulação do bebê evidenciado pelo toque inadequado do pai.	O risco será extinto se o pai aprender a forma mais adequada de tocar o bebê	Demonstrar para os pais a forma mais adequada de toque nos prematuros; explicar a importância do contato olho-a-olho e da conversa entre os pais e o bebê; estimular que os pais coloquem o bebê no colo.
Risco para afastamento físico evidenciado pela percepção dos pais em relação às manifestações corporais e estado de vigília do filho.	O risco será amenizado se os pais passarem a valorizar as reações positivas do filho e entenderem os estados de vigília do recém-nascido.	Mostrar para os pais as reações do bebê quando eles estão perto, tocam e conversam com o bebê; estimular os pais a falarem sobre as suas percepções quanto ao bebê; dialogar sobre os estados de vigília.
Risco no relacionamento pais/equipe evidenciado pela suspeita dos pais de sonegação de informação	O relacionamento entre os pais e a equipe será estabelecido de forma adequada se os pais sentirem confiança nos profissionais.	Manter os pais informados sobre as condições clínicas do bebê; estimular a presença dos pais na unidade para que acompanhem os cuidados e os exames realizados com o RN; aproximar os pais dos demais componentes da equipe para que todos comuniquem seus diagnósticos.

#### **EVOLUÇÃO referente ao plano do dia 13 de SETEMBRO de 2004.**

Devido à icterícia Raphael está em fototerapia dupla. Os cuidados de higiene e conforto foram todos realizados com o bebê na fototerapia. O bebê manteve os óculos de proteção e os acadêmicos verificavam a temperatura e a presença de sinais de desidratação a cada 3 horas. Nos horários da alimentação, foi realizado estímulo oral em Raphael através da sucção não nutritiva. Porém, mesmo com o estímulo, o bebê continua a não apresentar o reflexo perioral e um fraco reflexo de sucção/deglutição.

A mãe de Raphael não esteve presente no período, pois está em repouso absoluto no leito devido ao diagnóstico de Cefaléia pós-raqui. Após conversarmos com a acadêmica de Psicologia, a enfermeira e os médicos decidimos levar Raphael até o Alojamento Conjunto para ficar um pouco junto a mãe. Antes tivemos o cuidado de escolher uma roupa bonita e tirar os óculos de proteção, facilitando o contato olho-a-olho.

Enquanto o bebê estava junto da mãe, ficamos em silêncio e um pouco afastados, permitindo a interação entre eles. Depois nos aproximamos e começamos a mostrar para a mãe as reações de Raphael à sua voz, ao seu toque, ao seu cheiro. Mostramos que a expressão do bebê mudou, embora ele tenha permanecido com os olhos fechados. A mãe se entusiasmou com a presença do filho e com suas reações, sempre nos chamando quando Raphael mudava de expressão. Com isso demonstrou estar atenta às reações do filho. A pedido da mãe. Retornamos com Raphael para a Neonatologia.

Conversamos com a Enfermeira da tarde, solicitando que o bebê fosse levado novamente para a mãe no período da tarde. A enfermeira concordou, prometendo levar o bebê ao A.C.

## COLETA DE DADOS

**Dia da coleta de dados:** 15 de setembro de 2004 (quarta-feira)      **Hora:** 7:00 às 13:00

**Seqüência do dia da assistência:** 05

### IV – Avaliação do Modo Fisiológico:

#### A - Recém-nascido

RN em incubadora simples

Peso: 2100 gramas

#### Oxigenação:

FR: 58 mpm

Ritmo: Cheyne Stockes

Características da respiração: abdominal e irregular

Pele: rosada

Oxigenioterapia: ar ambiente

#### Nutrição / Hidratação:

Tipo de alimentação: leite industrializado

Forma de ingestão: Sonda nasogástrica

Forma de sucção: fraca, observada através da realização de sucção não nutritiva

Turgor da pele: normal

Sinais de hipo / hiperglicemia: ausente

#### Eliminação:

Vesical: micção espontânea

Intestinal: fezes lácteas

#### Integridade cutâneo – mucosa (ICM):

Icterícia: não observado

Presença de curativos: não observado

Região perineal: íntegra

Coto Umbilical: mumificado

#### Regulação hidroeletrólítica:

Edema: não observado

#### Regulação neurológica:

Estado de vigília: sono profundo /choro

Reflexos: Moro, demais reflexos não foram testados.

Tonicidade: normal

Reação aos estímulos externos: presente. Chora ao ser manuseado. Volta-se para a pessoa que está falando com ele.

#### Terapêutica

Acesso venoso (tipo e região): Abocath em MIE

Medicação prescrita: Ampicilina e Gentamicina

### B - Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera / Mãe:

Não observado (pais ausentes no período)

### V – Avaliação do Modo de Autoconceito (pais)

Não observado (pais ausentes no período)

### VI – Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)

Não observado (pais ausentes no período)

## VII – Avaliação do Modo de Interdependência

A equipe considera a mãe de Raphael um “pouco estranha”. Comentaram que ontem, ao acompanhar o menino na USG, ela sentiu-se mal, tendo que ser amparada pela funcionária que levava o bebê. Disseram ainda que no período da tarde (de ontem) ela ficou na unidade, mas questionou apenas sobre as outras crianças, não sobre a sua (fala de uma funcionária: “ela se preocupa mais com o filho dos outros do que com o dela”). Os pais estiveram ausentes no dia de hoje.

<b>DATA: 15 de SETEMBRO de 2004.</b>		
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>METAS</b>	<b>PLANO E IMPLEMENTAÇÃO</b>
Processo de alimentação prejudicado evidenciado pela necessidade do uso da SNG devido à ausência do reflexo perioral e do fraco reflexo de sucção/deglutição	O processo de alimentação será estabelecido de maneira adequada se o bebê apresentar os reflexos necessários para mamar.	Auxiliar a equipe na administração do leite por gavagem; realizar estímulo oral no bebê; solicitar avaliação e auxílio da Fonoaudióloga nos exercícios.
Risco para o relacionamento pais/equipe evidenciado pela percepção dos profissionais sobre a mãe de Raphael	O risco será extinto se a percepção da equipe for trabalhada de maneira a se tornar positiva.	Manter a equipe ciente da condição clínica da mãe (depressão); encaminhar a mãe para o serviço de Psicologia; estimular a equipe a auxiliar a mãe nos cuidados com o bebê.

### **EVOLUÇÃO referente ao plano do dia 14 de SETEMBRO de 2004.**

Durante toda a manhã auxiliamos a equipe nos cuidados de higiene e conforto de Raphael. Foi dada maior atenção à administração do leite, pois nesses horários a Fonoaudióloga esteve presente avaliando e estimulando o recém-nascido. Embora tenhamos tentado de diversas formas estimular o bebê, ele não aceitou a dieta via oral, tendo sido mantido a SNG.

No dia 14/10, os pais foram orientados quanto à necessidade do uso da SNG e de que a ausência do reflexo de busca e a irregularidade do reflexo de sucção são condições esperadas nos prematuros. Os pais pareceram não aceitar bem as explicações dadas, pois fazem comparações com o outro filho que também nasceu pré-termo, mas não apresentou a mesma dificuldade no processo de alimentação. Devido às condições da mãe, não foi estimulada a sua participação na administração do leite. Ela não esteve presente no dia seguinte para que este plano fosse colocado em prática.

Os pais foram orientados quanto a importância do toque e da maneira mais adequada de tocar o bebê pré-termo. Porém, eles não tocaram mais o bebê e não estiveram no dia seguinte para que esta meta fosse alcançada. Como a presença da SNG chocou a mãe, também optamos por não estimular que o bebê fosse para o seu colo.

Os pais foram orientados quanto à necessidade e a finalidade dos exames que foram e seriam realizados com seu filho. O pai de Raphael, em especial, pareceu mais tranquilo e confiante ao receber estas orientações. Avisamos da possibilidade deles acompanharem a USG que o bebê realizaria pela tarde. Eles se mostraram interessados. Fizemos um bilhete que deixamos na incubadora para que eles fossem chamados quando o bebê fosse encaminhado para o exame.

## COLETA DE DADOS

**Dia da coleta de dados:** 20 de setembro de 2004 (segunda-feira)

**Hora:** 7:00 às 13:00

**Seqüência do dia da assistência:** 06

Dias 16 e 17/09 estávamos na Capacitação do Método Mãe Canguru, porém assistimos a passagem do plantão dos dois dias para saber como Raphael havia estado no período. A mãe veio vê-lo apenas na sexta-feira, à tarde, com a avó materna. Informou neste dia que continua pensando em não amamentar o bebê.

### **IV – Avaliação do Modo Fisiológico:**

#### **A - Recém-nascido**

RN em berço aquecido

Peso: 2150 gramas

#### **Oxigenação:**

FR: 54 mpm

Ritmo: Cheyne Stockes

Características da respiração: abdominal e irregular

Pele: rosada

Oxigenioterapia: ar ambiente

#### **Nutrição / Hidratação:**

Tipo de alimentação: leite industrializado

Forma de ingestão: sucção nutritiva

Forma de sucção: irregular, suga vigorosamente após ser estimulado.

Turgor da pele: normal

Sinais de hipo / hiperglicemia: não observado

#### **Eliminação:**

Vesical: micção espontânea

Intestinal: ausente no período

Drenagens: regurgitação – Características: pequena quantidade de leite (duas vezes no período)

#### **Integridade cutâneo – mucosa (ICM):**

Icterícia: não observado

Presença de curativos: não observado

Região perineal: íntegra

Coto Umbilical: mumificado

#### **Regulação hidroeletrólítica:**

Edema: não apresenta

#### **Regulação neurológica:**

Estado de vigília: sono leve e choro

Reflexos: Moro, sucção, perioral e deglutição

Tonicidade: normal

Reação aos estímulos externos: presente. Chora ao ser manuseado, procura a voz quando se conversa com ele.

#### **Terapêutica**

Acesso venoso (tipo e região): ausente

### **B - Avaliação do Modo Fisiológico da Puérpera / Mãe:**

Não observado (pais ausentes pela manhã).

### **V – Avaliação do Modo de Autoconceito (pais)**

Não observado (pais ausentes pela manhã).

#### **VI – Avaliação do Modo da Função do Papel (pais)**

Não observado (pais ausentes pela manhã).

#### **VII – Avaliação do Modo de Interdependência**

Não observado (pais ausentes pela manhã).

**Outras informações consideradas relevantes pelos acadêmicos, pela equipe neonatal ou pela família do RN:** Raphael recebeu alta hospitalar durante a manhã. A enfermeira da Unidade comunicou a mãe por telefone e avisou que ela poderia ir buscar o bebê. A enfermeira comentou conosco que a mãe ficou bastante agitada ao telefone, parecendo muito entusiasmada pela notícia. Depois que a mãe se acalmou, avisou a enfermeira que iria buscá-lo à tarde, mas não sabia a hora, pois dependia do marido para levá-la até o hospital. Arrumamos Raphael, inclusive raspando seu cabelo, a pedido da mãe e aguardamos a presença dos pais na Unidade. Porém, não foi possível acompanharmos o momento da alta propriamente dito.

#### **EVOLUÇÃO referente ao plano do dia 15 de SETEMBRO de 2004.**

Auxiliamos a equipe nos cuidados de higiene e conforto do RN. Administramos o leite através da SNG, pois o bebê ainda não apresenta os reflexos adequados para ingerir a dieta por via oral. Ele não foi avaliado pela Fonoaudióloga no período. Os pais de Raphael não estiveram presentes no período. A equipe foi informada da condição clínica da mãe e relacionaram suas atitudes ao fato dela estar passando por um período de depressão. De certa forma, isso fez com que eles amenizassem a imagem que tinham da mãe de Raphael. A acadêmica de Psicologia foi procurada e informada sobre as atitudes da mãe. Ela nos informou que tem estado em contato constante com a família, principalmente com o pai, mas que eles têm se recusado a estarem no hospital para conversar com ela.



DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

Este Trabalho de Conclusão de Curso encontra-se de acordo com os requisitos pedagógicos da disciplina Enfermagem assistencial aplicada e alcança os objetivos por ela delimitados.

Trata-se de um estudo que foi planejado, implementado e avaliado de modo a garantir a seriedade, a responsabilidade, a garantia do cumprimento do código científico, a relação teórico-prática e os aspectos éticos inerentes ao trabalho com seres humanos.

Resalta-se a sensibilidade com que os autores o desenvolveram, seja na apropriação das teorias para guiar a prática, seja na prática assistencial propriamente dita.

Ainda que a comunidade acadêmica e profissional seja beneficiada com os resultados do estudo, os maiores beneficiados ainda são os recém-nascidos pré-termo e suas famílias, já que podem contar com um processo de cuidar em enfermagem que ultrapassa a assistência às necessidades orgânicas, visando contribuir para o desenvolvimento e completo paradigma da formação do apego - algo particularmente vital, do ponto de vista da atuação à saúde em neonatologia.

Flópolis, 30 de novembro de 2004.

Prof.ª Maria Speticelli

