

SENTIMENTOS DE PAIS DIANTE DO NASCIMENTO DE UM RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Maria da Conceição Luna dos Santos¹
Gutemberg Alves de Moraes²
Maria Gorete Lucena de Vasconcelos³
Ednaldo Cavalcante de Araújo⁴

RESUMO

Estudo realizado em uma Unidade Neonatal de um Hospital Público Federal em Recife, com os objetivos de analisar os sentimentos dos pais frente ao nascimento de um recém-nascido prematuro; investigar os sentimentos dos pais frente a este nascimento, durante hospitalização na Unidade Neonatal; compreender a relação do nascimento prematuro com a formação do vínculo afetivo entre os pais e o recém-nascido e descrever as repercussões do nascimento prematuro na família. A coleta de informações foi realizada por meio de entrevistas gravadas, com assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido, nas dependências do referido hospital, com 12 pais de recém-nascidos prematuros, que responderam à questão norteadora: como você sente sendo pai/mãe de um bebê prematuro? As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo, modalidade análise temática, que resultou em três categorias com seus respectivos temas: 1) sentimentos ambíguos dos pais frente ao nascimento prematuro; 2) a separação imposta à família pela hospitalização; 3) a prematuridade justificada pela determinação divina. Por fim, constatou-se que a experiência de se tornar pais prematuros desencadeia sentimentos ambivalentes, que a hospitalização do recém-nascido leva a uma separação da mãe do contexto familiar, além do afastamento dos demais membros da família deste recém-nascido, e que, todavia, esses pais parecem buscar na religião o apoio para aceitar o filho real e continuar acreditando em sua recuperação.

Descritores: Enfermagem neonatal; Família; Recém-nascido; Prematuro.

FEELINGS OF PARENTS FACING AT THE BIRTH OF A PREMATURE NEWBORN

ABSTRACT

Study carried through in a Neonatal Unit of a Federal Public Hospital at Recife, with the objectives to analyze the feelings of the parents facing to the premature newborn birth; to investigate the parents feelings facing to this newborn one birth, during hospitalization in the Neonatal Unit; to understand the relation newborn premature birth with the formation of the affective bond between the parents and the premature newborn and to describe the premature birth repercussions in the family. The information's collection was carried through by means of recorded interviews, with signature of the free assent and clarified, into dependences of the related hospital, with 12 parents of premature newborn, who had answered the question: how do you feel being father/mother of a premature baby? The interviews were recorded, transcribing and had been submitted to the content analysis, modality thematic analysis that resulted in three categories with its respective subjects: 1) ambiguous feelings of the parents facing to the premature birth; 2) the separation imposed to the family for hospitalization; 3) the prematurity justified for the divine determination. As conclusion, it was evidenced that the experience of parents of becoming premature unchain ambivalent feelings, that the RN hospitalization leads to mother separation he of the familiar context, beyond the removal of the too much family members of this RN, and that, however, these parents seem to search in the religion the support to accept the son real and to continue believing its recovery.

Descriptors: Neonatal nursing; Family; Newborn; Premature.

SENTIMIENTOS DE LOS PADRES FRENTE AL NACIMIENTO DE UN RECIÉN NACIDO PREMATURO

RESUMEN

Estudio realizado en una unidad neonatal de un Hospital Público Federal de Recife – PE, con los objetivos de analizar los sentimientos de los padres frente al nacimiento recién nacido prematuro, durante la hospitalización en la Unidad Neonatal; comprender la relación del nacimiento prematuro del recién nacido con la formación del vínculo afectivo entre los padres y el recién nacido prematuro y describir las repercusiones de este nacimiento en la familia. La colecta de información fue realizada a través de entrevistas grabadas, con la firma del consentimiento libre e informado, previa aprobación del proyecto de investigación por el Comité del Ética en Investigación del Hospital Agamenon Magalhães, el 14 de febrero del 2005, de marcha al mayo de 2005, en las dependencias del hospital relacionado; con 12 padres de recién nacidos prematuros, que contestaron a la pregunta: ¿cómo te sientes siendo padre/madre de un bebé prematuro? Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y sometidas al análisis del contenido, modalidad análisis temático, que dio lugar a tres categorías con sus temas respectivos: 1) sentimientos ambíguos de los padres frente al nacimiento prematuro; 2) la separación impuesta a la familia por la hospitalización; 3) la prematuridad justificada por la determinación divina. Como conclusión, se evidenció que la experiencia de ser padres de un prematuro desencadena sentimientos ambivalentes, que la hospitalización del RN lleva a la separación de la madre del contexto familiar, además del distanciamiento del RN de los otros miembros de la familia, a la vez, estos padres parecen buscar en la religión la ayuda para aceptar al verdadero hijo y continuar creyendo en su recuperación.

Descriptor: Enfermería neonatal; Familia; Recién nacido; Prematuro.

¹Enfermeira Especialista em Saúde da Criança pelo Programa de Residência em Enfermagem do Hospital das Clínicas e do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. Docente substituta do Departamento de Enfermagem da UFPE – Recife (PE), Brasil. E-mail: cecaluna@hotmail.com

²Aluno da Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil.

³Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. Doutora pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: mariagorete47@hotmail.com

⁴Professor Doutor Adjunto II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. Pós-doutorando em Sorbonne, Paris – França. E-mail: ednenjp@gmail.com

INTRODUÇÃO

A gravidez constitui um período de tensão biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas, estados temporários de instabilidades emocionais devido às mudanças no papel social, necessidades de novas adaptações, reajustes tanto interpessoais quanto psíquicos e, atrelados a estes fatos, os grandes avanços tecnológicos e científicos a que se assistiu nas últimas décadas têm trazido mudanças para a neonatologia, as quais se refletem na sobrevivência de recém-nascidos (RN) cada vez mais imaturos e com pesos de nascimento cada vez menores. Entre estes avanços, mencionam-se a melhoria nos cuidados básicos ao recém-nascido pré-termo (RNPT), a introdução da nutrição parenteral, o uso de corticoesteróides antenatal, o conhecimento de novas modalidades ventilatórias e a introdução da terapêutica com surfactante.^(1,2)

Nascer pré-termo significa passar de maneira muito abrupta de um ambiente aconchegante e seguro, o útero materno, para um outro extremamente agressivo e novo, o meio externo. De modo que muitos destes RNPT iniciam suas vidas extra-uterinas em uma Unidade Neonatal, local que tem sido de suma importância para manter-lhe a vida. Uma antecipação do nascimento biológico — parto prematuro — acarreta para os pais uma tempestade de sentimentos, pois o nascimento se dará no momento de maior desenvolvimento tanto para os pais quanto para o bebê, que cresce não apenas no útero, mas no imaginário do casal que o aguarda.^(3,4)

Desta maneira, a interrupção brutal da gravidez traz à luz tanto um RN prematuro, quanto pais prematuros, que além da separação física precoce, o corte do cordão umbilical, enfrentará uma separação ainda mais dramática imposta pelo quadro clínico desses pré-termos, que na maioria das vezes necessita de uma assistência intensiva nas Unidades Neonatais, e, nestes casos, o filho real em nada se assemelha ao filho imaginário, o que de certa maneira dificulta a formação do vínculo afetivo do casal com o RN.⁽⁴⁾

Entende-se que compreender a linguagem do apego entre os pais e o RN faz parte da visão holística do cuidar. Significa ver o ser cuidado de uma maneira integral e não numa perspectiva puramente biologicista. É tratar o neonato como um indivíduo completo, cujas relações afetivas precisam ser incentivadas e fortalecidas.^(5,6)

Desde o início da humanidade, a família foi a responsável por prover cuidados aos seus membros, durante as experiências de nascimento, doença e morte. Foi com o desenvolvimento das ciências médicas que o lugar de cuidar passou das casas para os hospitais, e o cuidador deixou de ser um familiar para ser um profissional de saúde, gerando o afastamento da família de seus entes doentes e, conseqüentemente, limitando sua capacidade de cuidar.^(5,6)

É, portanto, inquestionável a inclusão da família nos cuidados aos pacientes, não só permitindo sua proximidade do doente, mas tornando-a parte integrante deste cuidado, uma vez que, a família raramente é acessada e contemplada no processo de cuidar, sendo vista como um recurso em benefício do doente e não como um objeto de cuidado. Enfermagem e família sempre estiveram interligadas e, essa proximidade é determinada pelo elemento cuidar característico de suas ações.^(5,7,8)

Ao enfrentar momentos de dificuldades, a família necessita que o enfermeiro seja capaz de fazê-la olhar esses momentos como uma possibilidade de crescer. O nascimento de uma criança gravemente

doente pode alterar profundamente a dinâmica familiar, pois, quando do nascimento de um filho prematuro, os pais passam a vivenciar um momento de luto pela morte do filho imaginário. É nesse contexto que se dá a importância da atuação do enfermeiro, enquanto membro da equipe da UN, no sentido de cuidar da família que está vivenciando uma crise.^(5,7,8)

OBJETIVOS

Analisar os sentimentos dos pais frente ao nascimento de um recém-nascido prematuro.

Investigar os sentimentos dos pais frente a este nascimento, durante hospitalização na Unidade Neonatal.

Compreender a relação do nascimento prematuro com a formação do vínculo afetivo entre os pais e o recém-nascido.

Descrever as repercussões do nascimento prematuro na família.

REVISITANDO CONCEITOS EM RUMO À CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A fim de se proporcionar uma melhor contextualização do objeto do estudo, optou-se por construí-lo tendo como referência os seguintes tópicos:

1) a prematuridade como um problema de saúde pública e, 2) a formação do vínculo afetivo entre os pais e o RN.

1. A prematuridade como um problema de saúde pública

O grande avanço tecnológico e científico a que se assistiu nas últimas décadas tem trazido mudanças para a neonatologia e, essas mudanças se refletem na sobrevivência de RN cada vez mais imaturos e com pesos de nascimento cada vez menores. Entre estes avanços, está a melhoria nos cuidados básicos ao recém nascido pré-termo (RNPT), a introdução da nutrição parenteral, o uso de corticoesteróides antenatal, o conhecimento de novas modalidades ventilatórias e a introdução da terapêutica com surfactante.⁽¹⁾

Nascer pré termo significa passar de maneira muito abrupta de um ambiente aconchegante e seguro, o útero materno, para um outro extremamente agressivo e novo, o meio externo. De modo que muitos destes RNPT iniciam suas vidas extra-uterinas em uma UN, local que tem sido de suma importância para manter-lhe a vida.⁽³⁾ Considera-se como sendo um RN prematuro aquele que nasce antes de completar 37 semanas de idade gestacional (IG). Esse nascimento prematuro traz consigo alto ônus econômico, pois cada dia de cuidado intensivo neonatal significa muito em termos de custos e mão-de-obra especializada.⁽⁹⁾

O parto prematuro pode ser fruto de várias situações, a saber: amniorrexe prematura, cérvix uterina incontinente, mal-formação uterina ou fetal, pouca idade materna ou idade materna avançada, gemelaridade, infecção materna, baixo nível sócio-econômico, entre outros.⁽¹⁰⁾ A morbimortalidade no período neonatal atinge principalmente os RNPT, pois, quando um RN nasce prematuramente o seu desenvolvimento é interrompido, tornando-o ainda mais frágil e vulnerável e com um risco de morte ainda maior.

O nascimento prematuro continua sendo uma importante causa de mortalidade perinatal. Atualmente, no mundo, cerca de 13 milhões de crianças nascem prematuras, e 75% das mortes perinatais têm relação com a prematuridade. Embora as taxas de mortalidade neonatal tenham diminuído nos últimos anos, a prevalência do trabalho de parto prematuro tem se mantido constante, em torno de 10% de todos os partos

no mundo.⁽¹⁰⁾ No entanto, faz-se necessária uma análise da situação de morbimortalidade infantil no Brasil para que possamos compreender o quanto é grave a questão da prematuridade, representando um desafio tanto para os serviços de saúde quanto para a sociedade brasileira.⁽¹¹⁾

O Brasil está vivenciando uma queda considerável nas taxas de mortalidade infantil e, esse fato se deve, em parte, à implantação de programas de atenção e promoção da saúde da mulher e da criança. Constata-se uma redução na taxa de 85 óbitos em menores de 01 ano/1000 nascidos vivos no início da década de 80 para 37,5/1000 nascidos vivos no ano de 1996. É sabido que a maior ocorrência desses óbitos se dá no período neonatal, que as afecções perinatais respondem por 72 % deles e, que entre essas afecções as principais são as respiratórias (25 %), a doença da membrana hialina (21 %) e a prematuridade e o baixo peso ao nascer (BPN) com 13%.⁽¹²⁾

Os internamentos dos RNPT contribuem com um número bastante expressivo das hospitalizações nas UN, uma vez que esses prematuros apresentam riscos maiores de má adaptação à vida extra-uterina, decorrentes de sua imaturidade anátomo-fisiológica. A criança que nasce prematuramente está exposta a riscos decorrentes de sua condição biológica e social, sendo necessário acompanhamento de uma equipe multiprofissional visando a intervenções precoces.⁽¹¹⁾

Entretanto, não se pode pensar em morbimortalidade infantil sem considerar as condições de vida dos indivíduos, pois esta apresenta estreita relação com a incidência da prematuridade. Desse modo, a prematuridade repercute consideravelmente na taxa de mortalidade infantil, em especial da neonatal; sendo o custo socioeconômico e emocional do tratamento dessas crianças elevado, determinando ser a prematuridade um problema de saúde pública.⁽¹¹⁾

2. A formação do vínculo afetivo entre os pais e o recém-nascido

A gravidez constitui um período de tensão biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de instabilidade emocional devido às mudanças no papel social, necessidades de novas adaptações, reajustes interpessoais e psíquicos.⁽²⁾ A transição à maternidade/paternidade é um momento no qual subsistem sentimentos paradoxais: ao mesmo tempo em que perturba o equilíbrio emocional do casal, também traz à tona sentimentos de satisfação pessoal. O desempenho dos novos papéis exige adaptação ao novo ser, o filho que nasceu, conciliando a criança real com aquela fantasiada, sonhada durante toda a gestação. Sendo assim, o nascimento biológico, por si só, não garante o advir do sujeito.⁽¹³⁾

Portanto, é necessário o nascimento psicológico e, este nascimento é facilitado inicialmente pela relação primária com a mãe, uma vez que o desejo pelo filho surge antes mesmo da gestação, refletindo fantasias, à medida que o bebê é pensado e inscrito numa rede de significantes, numa gradativa construção do filho imaginário.⁽¹⁴⁾

Uma antecipação do nascimento biológico – parto prematuro – acarreta para os pais uma tempestade de sentimentos, pois o nascimento se dará no momento de maior desenvolvimento tanto para os pais quanto para o bebê, que cresce não apenas no útero, mas também no imaginário do casal que o aguarda.⁽⁴⁾

Uma interrupção brutal da gravidez traz à luz tanto um RN prematuro, quanto pais prematuros, que além da separação física precoce, o corte do cordão umbilical, enfrentará uma separação ainda mais dramática imposta pelo quadro clínico desses RNPT, que na maioria das vezes necessita de uma assistência

intensiva nas Unidades Neonatais, e nestes casos, o filho real em nada assemelha-se ao filho imaginário, o que de certa maneira dificulta a formação do vínculo afetivo do casal com o RN.⁽¹⁴⁾

O nascimento de um bebê prematuro é freqüentemente fonte de angústia para a família. Se os pais se sentem responsáveis pela prematuridade do bebê, confirmando seus temores fantasiosos de não serem capazes de ser pais, eles podem viver sentimentos de culpabilidade.⁽¹⁴⁾

A partir desse nascimento prematuro os pais embarcam em busca de causas, de significados para o acontecimento, e todo este contexto no qual eles estão inseridos pode tanto dificultar a formação do apego entre a tríade mãe-pai-RN, como desencadear efeito contrário, o esforço para a superação das dificuldades pode representar a mola propulsora para a formação do vínculo e do apego.⁽⁴⁾

A linguagem do apego entre os pais e o RN faz parte da visão holística do cuidar. Significa ver o ser cuidado de maneira integral e não numa perspectiva puramente biológica. É entendê-lo como um indivíduo completo, cujas relações afetivas precisam ser incentivadas e fortalecidas.⁽⁶⁾

Apego é um termo amplamente utilizado que se trata de uma variação do vínculo afetivo, onde há necessidade da presença do outro e um aumento significativo da sensação de segurança quando este outro está por perto. Já o vínculo afetivo, desenvolve-se pelo indivíduo com relação a um parceiro que, por ser tão importante, ele deseja sua presença sempre, e não o substitui por outros.⁽¹⁵⁾ Então, o sentimento do bebê em relação aos pais é um apego, pois, ele tem nos pais a base e a segurança para explorar o mundo à sua volta. Enquanto que, os sentimentos dos pais com relação a este neonato é descrito como vínculo afetivo, uma vez que o filho não aumenta a sensação de segurança dos pais.

John Bowlby foi o psiquiatra que investigou e elaborou a teoria que explica como ocorre e quais as implicações para a vida adulta dos vínculos afetivos entre o bebê e seus provedores de cuidados (geralmente os pais). Durante as décadas de 50 e 60, ele procurou estudar o vínculo entre mãe-filho e concluiu que essa ligação, na verdade, é parte de um sistema de comportamento que serve à proteção da espécie, uma vez que os bebês são indefesos e incapazes de sobreviver sozinhos durante um longo período de tempo. É o apego dos bebês aos pais ou aos cuidadores que viabiliza a sobrevivência da espécie.⁽¹⁵⁾

Ao estudar as relações mãe-bebê, Bowlby encontrou resultados que não eram justificáveis pela psicanálise nem pela Teoria Cognitiva à época. Entre as décadas de 50 e 60 a hipótese vigente era a de que o motivo pelo qual a criança ligava-se muito fortemente aos pais ou aos cuidadores era porque estes, em especial a mãe, a supria de alimentos.⁽¹⁷⁾

Então, acreditava-se na existência de dois tipos de impulsos para a formação desse apego, um primário, representado pelo alimento e necessidade de suprimento deste, e um secundário, referido como a dependência. Assim, Bowlby propôs em 1958 que, da mesma maneira que outros animais, o bebê humano também adotaria certos comportamentos que eliciariam atenção e cuidados dos adultos da mesma espécie, contrapondo, assim, a idéia do alimento representar o impulso primário para a formação do apego.

Os comportamentos de apego são condutas inatas exibidas pelo bebê, que promove a manutenção ou o estabelecimento da proximidade com sua principal figura provedora de cuidados, quase sempre a mãe. Listados nesse conjunto de condutas, estão o choro, contato visual, agarrar-se, aconchegar-se e sorrir.⁽¹⁷⁾

Os primeiros dias, ou até mesmo as primeiras horas de vida do RN representam um período sensível onde as mães estariam mais susceptíveis a construir uma melhor relação de apego e vínculo afetivo com o seu bebê. A Teoria do Apego tem em suas bases na compreensão da importância do vínculo inicial da criança com a mãe, discutindo os comportamentos de apego em termos de relações objetais.⁽¹⁵⁾

O vínculo afetivo entre pais e filhos é um processo contínuo que tem início na gestação e vai se fortalecendo, à medida que as interações vão acontecendo. O nascimento do bebê inaugura uma nova etapa nessa formação do vínculo, agora não mais com um filho fantasmático, e sim com um real. O olhar é uma modalidade interativa essencial, que pode ser observada em RN de até 15 dias de vida enquanto mamam. Eles olham para os olhos da mãe, que responde reciprocamente, e embora este evento dure apenas segundos, corrobora com a idéia de que o neonato tem necessidade e, busca, por um vínculo humano.⁽¹⁵⁾

FUNDAMENTANDO O PROCESSO DO SER FAMÍLIA DE UM PREMATURO

A fundamentação teórica que alicerça este estudo tem por base a ampliação do cuidado, centrando-o na família. É neste contexto, que mesmo antes do nascimento, o indivíduo se insere e começa a se relacionar em sociedade. Assim, é fundamental compreender conceitos ou definições do que seja família, além das suas representações diante de um evento inesperado, como o nascimento de um filho prematuro.

O nascimento do apego e o desenvolvimento da instituição familiar tiveram suas origens na evolução das espécies. Tanto o surgimento do bipedismo quanto a manutenção da posição ereta do corpo trouxeram, entre suas consequências, modificações na pelve feminina e no tempo de gestação dos bebês da espécie humana. Sendo assim, nove meses de gestação não é tempo suficiente para que o filhote humano esteja maduro e apto a sobreviver no meio externo e, para garantir a sobrevivência, e conseqüente preservação da espécie, esse bebê requer cuidados parentais por tempo prolongado.⁽¹⁸⁾ Assim, compreende-se que, no caso específico dos RNPT, esse cuidado prolongado necessita, também, da intervenção especializada da equipe de saúde neonatal.

O investimento paterno nos cuidados da prole surgiu quando a fêmea perdeu os indicadores do cio e passou a ter receptividade sexual permanente. O macho, então, para garantir a paternidade, passou a estar sempre perto da fêmea e dos filhotes, dando origem a família.⁽¹⁸⁾

A família é uma unidade de pessoas. Um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por vários motivos, mesmo sem habitar no mesmo espaço físico. Nesta instituição há uma relação social dinâmica que assume formas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças, valores e normas, estruturados na cultura da própria família, na classe social a que pertence e em influências ambientais.⁽¹⁹⁾

Família é um pequeno sistema social aberto, formado por partes altamente interdependentes e afetados por sua estrutura interna e externa, bem como pelo contexto na qual está inserida. A visão da família nuclear está se modificando, uma vez que cada família parece ter um modo particular de viver suas emoções, uma cultura própria, suas formas de comunicação, suas regras e ritos, não se constituindo num todo homogêneo, mas sim em um universo de reações diferenciadas.⁽⁶⁾

A família pode ser conceituada também como um agrupamento de pessoas, que vivem em uma estrutura hierarquizada e convivem com uma proposta de ligação afetiva duradoura, incluindo uma relação de cuidados entre os adultos e deles para com as crianças.⁽²⁰⁾ Não é possível diferenciar família de um outro grupo pequeno ou mesmo de uma rede de suporte social, pois, muito embora essas outras entidades não sejam definidas como família, todos podem exibir atributos de uma família, dependendo da definição de compromisso, da ligação afetiva e do nível de função de cuidado.⁽⁵⁾

Desde o início da humanidade, a família foi a responsável por prover cuidados aos seus membros, durante as experiências de nascimento, doença e morte.⁽⁵⁾ Com o desenvolvimento das ciências médicas o lugar de cuidar passou das casas para os hospitais, e o cuidador deixou de ser um familiar para ser um profissional de saúde, gerando o afastamento da família de seus entes doentes e, conseqüentemente, limitando sua capacidade de cuidar.

Na estrutura familiar, a doença é uma variável recíproca, afetando a dinâmica familiar ao mesmo tempo em que seu impacto e curso são mediados pela interpretação que a família faz.⁽⁶⁾ É inquestionável a inclusão da família nos cuidados aos pacientes, não só permitindo sua proximidade do doente, mas tornando-a parte integrante deste cuidado, uma vez que, a família raramente é acessada e contemplada no processo de cuidar, sendo vista como um recurso em benefício do doente e não como um objeto de cuidado.⁽⁸⁾ As características familiares e o modo como se dá o enfrentamento pela família, diante de uma situação de doença, pode aumentar ou diminuir a tensão do momento.⁽⁶⁾

Enfermagem e família sempre estiveram interligadas e, essa proximidade é determinada pelo elemento cuidar característico de suas ações. Ao enfrentar momentos de dificuldades, a família necessita que o enfermeiro seja capaz de fazê-la olhar esses momentos como uma possibilidade de crescer. Pela disponibilidade e acessibilidade do profissional enfermeiro junto aos pacientes, ele tem a oportunidade de contribuir para o alívio do estresse familiar frente ao evento da doença.⁽⁵⁾

O nascimento de uma criança gravemente doente pode alterar profundamente a dinâmica familiar, pois, quando do nascimento de um filho prematuro, os pais passam a vivenciar um momento de luto pela morte do filho imaginário. É nesse contexto que se dá a importância da atuação do enfermeiro, enquanto membro da equipe da UN, no sentido de cuidar da família que está vivenciando uma crise.⁽⁷⁾

Outro aspecto polêmico e difícil é mudar a perspectiva centrada na doença para uma abordagem focalizada na experiência da família e da criança. Isso implica em derrubar defesas, eliminar indiferença e estar presente pela atitude de interesse e preocupação junto à família. A internação do bebê na UN e, conseqüente, separação da família, traz sentimentos intensos para os pais, que se vêem diante da possibilidade de perder seu filho. Daí a necessidade da família buscar a integridade da unidade familiar diante do seu sofrimento.⁽⁵⁾

Tornar-se altamente especializada e habilidosa no uso de tecnologias e na realização de procedimentos na assistência ao RN de risco não é o suficiente para a implementação do cuidado holístico a que se propõe a Enfermagem. É preciso mudar o foco do cuidado para o RN e não para suas morbidades e, sendo o RN dependente da família é preciso incluí-la no cuidado.⁽⁸⁾

Em se tratando de um RNPT é importante que os pais vejam o filho para diminuir suas fantasias e ajudá-los a superar sentimentos de culpa pelo parto prematuro e por não atender ao filho com a mesma habilidade da equipe de Enfermagem. Os eventos que cercam um nascimento prematuro, a aparência e o comportamento da criança são interpretados de forma única pelos pais e, essa interpretação influenciará na interação entre eles e o filho.⁽⁶⁾

Desde a gestação os pais vivenciam expectativas ambivalentes com relação ao querer e ao sentir. O querer diz respeito ao nascimento de um filho saudável, enquanto que o sentir refere-se ao medo da chegada uma criança doente ou mal formada. Até o momento do nascimento a família vive a dicotomia da euforia da espera e a inquietação pela chegada do novo membro.⁽¹¹⁾

Nesse sentido, frente à chegada prematura do filho, a família se vê diante de uma experiência desgastante e desafiadora, e o primeiro sentimento parece ser a preocupação com a sobrevivência do filho. Os pais vêem o filho prematuro como um ser frágil e pequeno, cujo ritmo natural do crescimento foi interrompido. Tudo isso provoca mudanças na dinâmica familiar e nos relacionamentos pessoais nessa família.⁽²¹⁾ A família se sente ameaçada quando o seu cotidiano é alterado por um evento desfavorável com um de seus membros, exigindo da família mobilização de sua estrutura em busca de um novo equilíbrio dinâmico.⁽¹¹⁾

O nascimento de um RN de risco pode significar para a família uma verdadeira tragédia, pois, durante toda a gravidez a família idealiza uma criança com suas características, com capacidades similares e com interesses comuns. Quando do nascimento prematuro e, portanto, de uma criança de risco, a família vivencia a perda do filho sonhado e os estágios dessa reação de pesar são descritos da seguinte maneira:⁽⁹⁾

➤ Negação — os pais negam a realidade e/ou a gravidade da situação do filho. Eles se protegem da situação acreditando cegamente na recuperação do filho.

➤ Raiva — diante da conscientização do real quadro clínico do filho, os pais sentem raiva e este sentimento pode aparecer na forma de ressentimento, amargura, culpa ou inveja, atribuindo a outros ou a si próprios a culpa pela condição do filho.

➤ Negociação — envolve crenças religiosas e/ou o desejo de tentar novas terapêuticas.

➤ Depressão — nesta fase predominam sentimentos de desesperança, impotência ou desespero. Representa um avanço real pela aceitação da situação.

➤ Aceitação — pode levar até dois anos para ser atingida. Representa a volta às atividades cotidianas da família e diminuição da preocupação com a perda.

Portanto, por meio deste pilar conceitual, identifica-se aspectos relevantes e relações significativas para a família após o nascimento, especialmente a família de um RN de risco.

CAMINHOS METODOLÓGICOS

O delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório que se propõe a aprofundar o tema da prematuridade, nos limites de uma realidade específica, explorando as dimensões nas quais se deu o fenômeno.

A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos de uma situação, ao passo que a pesquisa exploratória busca desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta. Assim, refletindo sobre o método

qualitativo e a sua importância na vivência prática do enfermeiro caminhamos nessa trajetória.⁽²²⁾

A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Uma situação humana só é caracterizada se for levada em consideração as concepções dos participantes e o modo como concebem suas tensões.⁽²³⁾

Pesquisadores qualitativos buscam estudar os fatos em seus cenários naturais, numa tentativa de compreender e interpretar os fenômenos em termos dos significados que os indivíduos que os vivenciaram trazem para eles. Os autores entendem que os seres humanos atribuem significados às suas experiências e, estes se derivam do contexto de vida de cada um.⁽²⁴⁾

Como o método qualitativo concentra-se no todo da experiência humana e o sentido atribuído pelos indivíduos que vivem essa experiência, permite uma compreensão mais ampla e mais profunda sobre os comportamentos humanos, bem como tem relevância direta para a prática de enfermagem por se mover sob a superfície de resultados para revelar processos de vida.⁽²⁴⁾

O contexto da investigação

O estudo foi realizado em um Hospital Público Federal localizado na cidade de Recife-PE. Trata-se de um hospital vinculado ao Ministério da Educação, com finalidade de ensino, pesquisa, extensão e assistência, oferecendo Programas de Residência em Enfermagem, medicina e nutrição, vinculados à Secretaria Estadual de Saúde. O hospital é integrante do SUS, prestando serviços médico-hospitalares e atendimento ambulatorial à população de todo o Estado de Pernambuco, sendo referência, em nível terciário, no atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido de alto risco. Possui uma Unidade Neonatal composta por 15 leitos, sendo agrupados por nível de complexidade em Intensivos II (recém-nascidos em uso de assistência ventilatória invasiva — quatro leitos) Intensivos I (recém-nascidos em assistência ventilatória não invasiva — seis leitos) e Intermediários (recém-nascidos respirando espontaneamente, submetidos à relaxação ou que aguardam alta materna — cinco leitos).⁽²⁵⁾

Os sujeitos da pesquisa

Participaram deste estudo 12 pais de recém-nascidos prematuros internados na Unidade Neonatal. A amostra foi do tipo intencional e o número de sujeitos definido com a saturação das respostas. Vale ressaltar que a saturação ocorre quando as informações que estão sendo compartilhadas com o pesquisador se tornam repetitivas.⁽²⁴⁾ Na amostragem intencional o pesquisador procura escolher membros para a amostra, com base nas necessidades de informação que emergem dos resultados preliminares.⁽²²⁾

Os critérios de seleção

Foram incluídos no estudo pais cujos neonatos apresentaram IG ao nascer menor que 37 semanas e estavam internados no Intensivo II. Sendo excluídos os pais cujos filhos foram a óbito durante o período do estudo.

A coleta e o registro das informações

A coleta das informações foi realizada por meio de um roteiro de entrevista, não estruturado, composto pela seguinte questão norteadora: *Como você se sente sendo mãe/pai de um bebê prematuro?*

Os roteiros de entrevistas não estruturados permitem descobrir quais são os aspectos básicos do fenômeno, o quanto se mostra sensível ou controverso, como os indivíduos conceitualizam e falam sobre o fenômeno além de ajudar a elucidar o significado subjacente de um padrão ou relação de comportamentos.⁽²²⁾

A técnica utilizada foi a entrevista, gravada com o prévio consentimento do entrevistado, em local privativo, sem interrupção de terceiros. Não se procedeu à “limpeza do texto”, mantendo-se a linguagem padrão. A cada sujeito participante do estudo foi dado um pseudônimo para preservar o anonimato destes, fazendo alusão a personagens de desenhos animados infantis, além disto, os sujeitos foram caracterizados por dados como idade, escolaridade, estado civil, procedência e realização ou não de pré-natal. Eventualmente, utilizou-se da observação fora do momento das entrevistas, o que nos possibilitou algumas elucidações sobre algumas atitudes e comportamentos dos sujeitos.

A análise das entrevistas

Iniciou-se a análise das entrevistas utilizando o método de análise de conteúdo, modalidade análise temática que é um conjunto de técnicas de análise das falas que utiliza procedimentos sistemáticos na descrição do conteúdo das mensagens indicadoras.⁽²⁶⁾ As entrevistas foram transcritas imediatamente após a sua realização e os dados foram analisados após a coleta.

A finalidade da análise dos dados, independente do tipo de dado ou da tradição da pesquisa, é organizar, fornecer estrutura e extrair significados dos dados da pesquisa.⁽²²⁾ Após a coleta das informações procedeu-se à leitura exaustiva do conteúdo total dos relatos, de modo que cada entrevista foi examinada individualmente, linha a linha, numa busca de apreender o significado do fenômeno para os sujeitos do estudo.

Em seguida os dados foram revisados quanto ao conteúdo, separados por semelhanças e diferenças em núcleos de sentidos e iniciado o processo de codificação. Os códigos abertos podem ser palavras ou frases dos participantes, e, é através da codificação que as suas similaridades e diferenças são examinadas. A partir dos códigos foram construídas sub-categorias e, do agrupamento destas surgiram as categorias abertas.

Aspectos éticos

Atendendo a resolução 196/96 da Comissão Nacional de Pesquisa (CONEP)⁽²⁷⁾, o estudo só foi iniciado após recebimento de parecer favorável do Comitê do Hospital Agamenon Magalhães em 14 de fevereiro de 2005, sendo solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos deste estudo.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

Dentre os sujeitos deste estudo oito eram mães e quatro pais; entre as mães a idade variou dos 16 aos 24 anos, enquanto que entre os pais dos 18 aos 27 anos; com relação ao nível de escolaridade, este variou entre a 4ª série do ensino fundamental à 3ª série do ensino médio; quanto à procedência, 11 pais residiam na cidade do Recife e/ou Região Metropolitana e um no interior do Estado; a cerca do estado civil, um era casado, nove viviam em união consensual e dois eram solteiros; sobre a realização de pré-natal, sete mães participaram das consultas e, apenas uma não a realizou - a média de participação foi de três consultas.

Na análise chegou-se a subcategorias expressas nos discursos dos pais e, após agrupá-las por critérios

de semelhanças e diferenças, a partir da questão norteadora, foram construídos três temas, a saber:

1) Sentimentos ambíguos dos pais frente ao nascimento prematuro.

2) A separação imposta à família pela hospitalização.

3) A prematuridade justificada pela determinação divina.

1. Sentimentos ambíguos dos pais frente ao nascimento prematuro

Sendo o nascimento de um RN prematuro um evento quase sempre inesperado, os “pais prematuros” passam a conviver com sentimentos, por vezes, paradoxais conforme mostram os discursos:

No momento tô muito emocionado, mas é uma coisa que eu não esperava, porque pegou toda família assim, de surpresa... (Pato Donald).

Tá difícil pra mim, porque pra mim meu filho ia nascer e ia vir direto pra mim, não... ele não veio. Mas eu tô achando normal, porque pode viver e não pode, né? (Pantera cor-de-rosa).

Tô me sentindo bem, agora, às vezes, eu fico um pouco assim, apereada. (Dafney).

Tô me sentindo é... num sei explicar direito que eu nunca fui mãe. Tô me sentindo por uma parte feliz porque ela tá viva e por outra parte triste porque ela tá na cubadora... (Wilma).

É muito difícil, né? Porque pra minha idade tá engravidando assim tão nova... e eu esperava outra coisa, esperava depois dele nascer tá ali perto da mim e hoje não, a realidade é outra, né? (Florzinha).

O internamento do RN, levando à separação entre ele e sua família, faz com que os sentimentos dos pais tornem-se mais intensos. Idéias pré concebidas a respeito da UN, acreditando que lá é o local onde são levados todos os casos sem solução, fortalecem o medo e a ansiedade dos pais durante a internação.⁽⁸⁾ Desde o momento da concepção, os pais criam fantasias e expectativas com relação ao filho que está sendo gerado. Cada pessoa que se relaciona com o casal grávido produz para si a imagem de uma criança idealizada e perfeita. Além do que, dificuldades da família em lidar com a realidade após o nascimento, uma vez que esse neonato nem sempre corresponde às expectativas postas nele (filho imaginário), prejudicam a formação do vínculo afetivo entre família e bebê.⁽³⁾

Quando uma criança de alto risco nasce, a família experiencia uma tragédia, pois as expectativas criadas durante toda a gestação não correspondem à realidade encontrada no filho recém-nascido. Os pais aguardam um filho cujas características refletiriam as suas; com o nascimento prematuro a família vivencia a perda do filho sonhado e precisa criar estratégias para lidar com esse pesar, afim de que encontrem uma forma de conciliar o seu filho imaginário com o filho que nasceu, conforme descrito anteriormente.⁽⁹⁾

As emoções compreendem o mais efetivo envolvimento e entendimento de nossa situação no mundo. É através delas que o significado das coisas fazem sentido. Elas representam o modo como o homem se refere ao mundo, aos entes, aos outros homens e a si mesmo.⁽⁶⁾

Luluzinha era uma mãe de 16 anos, cujo companheiro foi assassinado quando ela estava no 3º mês de gestação, no início do internamento mostrava-se pouco cooperativa com relação aos cuidados do seu RN. Em seu discurso ela revelou preocupação com a recuperação da saúde do filho e tornar-se mãe prematura trouxe-lhe sentimentos de tristeza e incertezas quanto a sobrevivência dele.

Eu? Eu tô me sentindo normal. Eu tô triste porque ele nasceu de seis, cinco meses, eu pensei que ele ia nascer de nove meses /.../ ai eu me sinto mais triste! ... eu

penso se vai morrer... Eu penso que é assim, que ele num vai viver. Esse negócio de UTI... sei lá... sei não!. (Luluzinha).

A família de um RNPT tem dificuldade para vincular-se a este RN por causa do luto caracterizado pela perda do bebê imaginado.⁽⁶⁾ Quando esta família tem esperança na sobrevivência da criança isso representa uma tentativa de reassumir a relação interrompida pelo nascimento prematuro.

O ambiente da unidade neonatal, a aparência física do RN e suas condições clínicas, contribuem para ambigüidade de sentimentos.

Eu tô me sentindo bem, agora um pouco preocupado porque ele ainda não saiu daquela cubadora. (Mickey).

É uma tristeza muito grande! Mas é uma tristeza que a gente tem que agüentar, né? Tem que lutar pra ficar com ele. É uma tristeza muito grande, a senhora viu a minha reação quando eu vi ele, muito emocionada! Desde que eu tive neném eu não dormia, porque eu tava no soro, sabe? Ficava pensando como é que ele tava, como era o rosto dele, se ele tava sendo furado, se tava respirando direitinho... (Florzinha).

Ao mesmo tempo eu penso que eles num vão ter saída dali, ao mesmo tempo penso que vão... sei lá... é tão difícil ver o filho da gente assim... (Olivia Palito).

Ter um filho pela primeira vez e este permanecer na UN, separado dos pais, suscita em sentimentos de infelicidade, preocupação, ansiedade, medo e angústia pelo prognóstico desconhecido.⁽¹³⁾ Pelo fato de a equipe de enfermagem está em contato diário com a família do RNPT faz com que estejamos frente a frente com seus temores e ansiedades devido à doença do filho. Segundo a autora, ter o filho internado numa UN faz com que os pais busquem aproximação com a equipe provedora de cuidados ao seu filho.⁽⁸⁾

A ansiedade durante a fase em que o neonato se encontra na UN é muito grande e pode dificultar a formação do vínculo mãe-pai-bebê, podemos ver isso no depoimento de He-man:

Olha, na verdade o que traz mais é ansiedade dentro do teu coração. Eu adoraria que ele nascesse de nove meses, como parto normal, que não fosse cesáreo, mas no momento tô bastante ansioso. A ansiedade não permite que a gente esteja seguro... faz com que você fique com dúvidas, pergunte mais /.../ ela num tá me trazendo alegria, ela tá me trazendo... é como se diz ansiedade. Tá me trazendo uma certa tristeza, e... pensando que vem uma alegria aí pela frente, né?. (He-man).

He-Man era um pai de 27 anos cuja esposa desenvolveu Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) durante o parto e, por este motivo, não podia comparecer a UN nos primeiros dias de internamento do filho; era surpreendente o modo com ele se fazia presente como acompanhante do seu RN, buscando informações com toda equipe de saúde e sempre demonstrando grande ansiedade a cerca do prognóstico da sua criança. Certo dia quando eu estava de plantão na UN ouvi ao fundo do cuidado intensivos l uma voz que cantarolava, embalando o filho, a seguinte canção: "... antes mesmo de ter um nome e abrir os meus olhinhos, ou alguém ver o meu rostinho... eu estava num lugar especial, que Deus fez para mim, cercado de amor de calor..." era She-Ra, companheira de He-Man, que finalmente estava apta para acompanhar seu bebe no restante do internamento. He-Man e She-Ra mostraram-se pais bastante atenciosos com seu RN e receptivos às orientações e cuidados da equipe de saúde neonatal.

O nascimento prematuro é quase sempre vivenciado de forma traumática pelos pais e, isso pode levar a déficits interacionais e dificuldades na formação do afeto entre estes e o seu RN. Essas crianças têm mais chances de serem negligenciadas,

sofrerem abusos e maus tratos do que aqueles nascidos a termo. Entretanto, em nosso estudo não encontramos pais que demonstrassem ter essas características mencionadas.⁽²⁸⁾

Os pais devem ser capazes de encarar as dificuldades do seu RNPT, falar sobre elas e lutar contra os sentimentos contraditórios que lhes sobrevêm, para que consigam adaptar-se à situação real. Uma vez superados esses sentimentos, a família está a caminho de criar, ou recriar, o vínculo afetivo com seu novo membro.⁽²¹⁾

Os sentimentos dos pais relacionados ao bebê real, prematuro, compreendem fracasso, orgulho ferido, irreabilidade, culpa, aparência física decepcionante, bebê incompleto e sensação de vazio. Para a autora, sentimentos de medo e ansiedade frente ao nascimento do filho prematuro, ancorados na percepção de que os bebês prematuros são frágeis demais e difíceis de serem cuidados, parece influenciar na relação dos pais com esse RN.⁽²⁸⁾

Os pais constroem imagens, sonhos e esperanças em torno de um ser que eles gestam e imaginam este pequeno ser com um rosto bonito, gordinho, saudável, ativo e perfeito. Ao se deparar com um nascimento prematuro, encontram bebê pequeno e frágil, e diante da situação, o sonho se desfaz. Surgem sentimentos de desapontamento, incapacidade, culpa e medo, e estes sentimentos tendem a provocar um distanciamento entre os pais e os filhos prematuros.⁽²⁹⁾

Apesar de toda problemática do nascimento prematuro e da hospitalização do filho, a esperança esteve presente nas falas dessas mães que buscavam tanto em suas experiências anteriores quanto nas de outras mães a força para continuar acreditando.

Mas eu tenho certeza que esse num vai morrer. Eu num sinto que ele vai morrer. Ele num vai morrer!. (Pantera Cor-de-Rosa).

Ai como as enfermeiras e as doutoras que cuida dela ficam dizendo que cada dia mais vem evoluindo ai tá me dando uma esperança boa, que ela possa sobreviver... (Fred Flinstones).

Smorfet, uma mãe de 20 anos de idade, quatro gestações, segundo filho que nascia vivo (primeiro filho de termo) acreditava muito na recuperação de seu bebê (um pré-termo com peso de nascimento de 885g).

/.../ crianças que conseguiram se recuperar e hoje já são homens, já são mulheres, já... isso também dá uma esperança que eu sei que ele vai sair daqui. (Smorfet).

Entretanto, seu bebê teve alta hospitalar após 67 dias de internamento, porém, faleceu cerca de 30 dias após, na mesma instituição onde se realizou este estudo, na clínica pediátrica em internamento subsequente por broncoaspiração.

Apesar de o aumento da sobrevida dos RNPT, com o advento do uso do surfactante pulmonar exógeno, o uso de tecnologias específicas, treinamento e capacitação da equipe de saúde neonatal, intercorrências são possíveis de acontecer após a alta hospitalar, decorrentes dos cuidados oferecidos no domicílio. Fato este que nos faz refletir com relação a necessidade de um acompanhamento especializado a essas crianças após a alta, para impossibilitar que situações semelhantes à vivenciada por Smorfet, venham a acontecer.

Durante a hospitalização do filho o medo é intenso, e pode diminuir com a melhora do estado de saúde da criança, porém não desaparece imediatamente após a alta hospitalar. Esse medo tem relação com a necessidade de se manter internado, a presença de aparelhos, piora do quadro clínico, presença de sinais e sintomas de risco e demora na

recuperação. O simbolismo destas situações está relacionado ao risco de morte.⁽³⁰⁾

2. A separação imposta à família pela hospitalização

A hospitalização do neonato faz com que a mãe acompanhante fique separada dos outros membros da família, incluindo marido e outros filhos, o que gera nela sentimentos de preocupação.

Que eu fico pensando nos outros que tá em casa, sabe? Ai tudo isso eu fico assim, agitada. Porque eu penso nesse e penso nos outros... Agora assim, eu fico pensando assim, sabe? Né todas as mães não... se fosse uma mãe assim que pensasse que é muito filho, como o meu que tá em casa com problema /.../ ai tudo isso é apereito pra mim. (Dafney).

Evidências teóricas e práticas sobre o significado que a família atribui ao bem-estar e saúde dos seus membros direcionam cada vez mais a assistência de Enfermagem nas Unidades Neonatais à construção do cuidado centrado na família. Uma vez que a hospitalização do recém-nascido de alto risco deva ser trabalhada dentro de numa perspectiva familiar, é necessário que se entenda e/ou se classifique os pais dessas crianças como população de risco para desenvolvimento do vínculo-pais-filho alterado, pois, separados desde os primeiros momentos de vida, esses pais acabam se tornando "visitas" de seus próprios filhos.⁽⁴⁾

A hospitalização do neonato na UN e conseqüente, permanência da mãe como acompanhante leva os familiares, incluindo o pai e outros filhos, a considerarem-se postos de lado pela mulher, ausente nos cuidados do lar.⁽⁶⁾ Percebe-se que essas mães acompanhantes sentem-se, muitas vezes, culpadas por não poderem assistir de maneira adequada aos outros membros da família, o que aumenta-lhes o sentimento de preocupação e angústia.⁽¹¹⁾

Mesmo permanecendo no hospital a mãe tem sua atenção voltada também para os filhos que ficaram em casa, o que gera nela sentimentos de preocupação e responsabilidade. Por ser a mãe a pessoa que permanece mais tempo no hospital acompanhando o filho, reproduzindo a idéia de cuidadora e responsável pela prole, assume esse papel de tal maneira que, se receber ajuda do companheiro ou de outros membros da família, pode vir a se sentir culpada por não assistir bem ao filho enfermo. Por outro lado, a ausência dessa mulher no espaço doméstico gera uma redistribuição e uma reacomodação dos papéis de toda família.⁽³⁰⁾

A necessidade de permanecer como acompanhante do filho prematuro é uma situação conflituosa para a mãe, que fica dividida, tendo que deixar os outros filhos em casa, ou quando, não tendo outros filhos, afasta-se da família e do esposo ou companheiro.⁽³¹⁾

Em um estudo sobre a implantação de um grupo de apoio às mães acompanhantes no HC/UFPE⁽¹¹⁾, a saudade da família foi um dos sentimentos mais encontrados nos depoimentos das mães. A separação imposta à família gera sentimentos de ansiedade e culpa na mãe por não conseguir estar junto dos outros filhos, ausentando-se dos cuidados familiares. As mães mostraram também a importância da família como rede de apoio. Ainda assim, mesmo sofrendo com a separação, algumas delas não admitiam a possibilidade de alta hospitalar sem o filho porque se sentiriam culpadas caso houvesse alguma intercorrência fatal com o RN.

Entende-se que a separação imposta à família não é apenas com relação à mãe acompanhante, mas entre os membros dessa família e o neonato, que além de estar num ambiente desconhecido e estressante, onde os horários de visitas são quase sempre restritos e supervisionados, é cercado por barreiras físicas (incubadora, tubos, sondas e drenos)

o que dificulta quase sempre o contato pele e pele entre os familiares e ele.

Mas é difícil ver ele assim... dentro daquela cubadora. (Miney).

Agora um pouco preocupado porque ele ainda não saiu daquela cubadora. Eu fico muito preocupado vendo ele aqui no hospital. (Mickey).

Quando eu venho tirar leite pra ela que eu vejo ela assim, ai eu fico triste né? Porque eu tô vendo ela bem pequenininha, poderia tá comigo ali, né? (refere-se ao alojamento conjunto)... do meu lado, não. Tá ali dentro (UNN) ai eu me sinto triste... (Wilma).

E ter que chegar e ver ele dentro de uma incubadora, cheio de coisas, respirando por aparelho, é muito difícil! (Florzinha).

Quando do nascimento prematuro, RN e mães são separados ainda na sala de parto, permanecendo o neonato em uma UN e, em consequência disso, as reações familiares são as mais diversas possíveis e a sensação da perda leva ao luto antecipado. Em estudo realizado sobre a qualidade do relacionamento inicial entre mãe e filho, ficou claro que quando as mães atendiam de maneira satisfatória às necessidades físicas e emocionais do seu RN, eles tinham uma boa evolução clínica; porém, ao contrário, quando as mães se mostravam hostis, irritadas e impacientes, o bebê tinha uma evolução clínica mais lenta e a família conturbava-se.⁽²¹⁾

O vínculo afetivo entre pais e filhos é um processo contínuo que se inicia na concepção e vai se fortalecendo a medida em que o filho vai sendo gerado, não apenas no útero, mas também no imaginário do casal que o aguarda, e a separação imposta principalmente aos pais, pelo internamento na UN, pode dificultar a formação deste vínculo.⁽²⁰⁾

Estudos têm tentado comprovar a existência de um período "sensível", na mãe, nas primeiras horas após o parto, como sendo um momento muito propício à formação do vínculo afetivo com o bebê. Esse seria um período de maior sensibilidade para a interação e formação do afeto, não só entre a mãe, mas também entre o pai e o RN. A pele é o órgão sensorial primário do neonato, e a experiência tátil é fundamental para o seu desenvolvimento. A privação de contato epidérmico, nos primeiros dias de vida, pode resultar em distúrbios físicos e emocionais graves.⁽³³⁾

Portanto, deve-se ressaltar que a formação do vínculo pode se dar em qualquer momento, independente da vivência de um período sensível, porém com maiores dificuldades.⁽³³⁾ Há um comportamento específico na espécie humana, no que se refere aos primeiros contatos dos pais com o seu RN. Entretanto, esse comportamento pode ser alterado com a prática hospitalar da separação precoce, bem como pela privação do contato pele e pele entre os pais e o RN.

O toque é muito importante tanto para os pais quanto para o neonato, porém, muitas vezes é dificultado devido a rotinas hospitalares da UNN e pelo medo dos pais em prejudicar ou machucar o filho. Segundo a autora, nos primeiros dias de vida, o contato dos pais com o filho estimula atitudes maternas e paternas.

Nas falas de Miney, Mickey e Florzinha ficou evidente que a incubadora era a primeira barreira de impedimento para o toque, na concepção dos pais. Este fato reflete a importância de se entender a necessidade de acompanharmos esses pais em sua primeira visita a UN, orientando-os com relação ao manuseio do RN na incubadora, afim de que esta não represente um obstáculo à interação entre pais e filho.

Quando do nascimento de um bebê a termo, este responde aos pais com sinais como movimento dos olhos ou do corpo, ajudando na formação do vínculo afetivo.

Ao contrário, quando nasce um pré-termo, ele responde mais lentamente aos pais o que pode representar um obstáculo para a formação desse vínculo.⁽⁶⁾

Os obstáculos à formação do vínculo são diversos no caso do nascimento de um filho prematuro, a saber: os de ordem física que incluem a distância entre os pais e a criança, devido à hospitalização; os de ordem mecânica, representados pelos equipamentos necessários à manutenção da vida do neonato, como incubadoras, tubos, drenos, respiradores; e os de ordem psicológica, que envolvem a perda da privacidade, aparência e comportamento da criança, a culpa pelo nascimento prematuro e o medo de perder o filho.⁽⁶⁾

Outros fatores que podem interferir no processo de interação entre os pais e o neonato, são a separação da criança logo após o parto por causa da prematuridade ou outras patologias, sentimentos de incompetência para cuidar do filho e as dificuldades da criança em responder às interações do seu cuidador.⁽⁶⁾

3. A prematuridade justificada pela determinação divina

Percebe-se em alguns discursos a influência da religião, e o uso da vontade divina como justificativa para o nascimento prematuro. Algumas das mães foram enfáticas ao afirmarem que tudo aquilo só estava acontecendo porque Deus havia permitido. É importante ressaltar que essas falas foram encontradas independentemente da crença religiosa do entrevistado.

Foi a vontade de Deus dele nascer assim... prematuro, eu vou fazer o quê? (Miney).

Num foi por mim, foi a vontade de Deus... porque se num fosse a vontade de Deus como era que bolsa ia romper? (Pantera-Cor-de-Rosa).

É tão difícil ver o filho da gente assim, é difícil mas fazer o quê, né? Entregar na mão de Deus! (Olivia Palito).

A busca por ajuda espiritual está presente no processo de hospitalização para muitas famílias, independente de religião e/ou credo, diferindo na forma, intensidade e momento de início. A busca por essa ajuda passa por orações individuais, correntes de orações, promessas e consultas espirituais. As famílias sentem necessidade de pedir a Deus pela recuperação do seu filho e acreditam nas orações de parentes, amigos e até mesmo de pessoas que eles não conhecem.

Nesse estudo, muitos dos sujeitos, justificaram o nascimento prematuro e o tornarem-se pais prematuros como sendo uma determinação divina. Os símbolos religiosos, presentes em diferentes graus nas famílias com filho hospitalizado, tem o poder de manter a esperança na sobrevivência do filho. De modo que, Deus como figura simbólica de ajuda, foi lembrado como pudemos constatar nessas falas.⁽³⁰⁾

Um estudo sobre as repercussões familiares da hospitalização do RN na UN, verificou-se que a religiosidade da família tende a aumentar, torna-se significativamente maior e representa para os pais apoio, refúgio, esperança e conforto. Quando os pais recebem uma preparação sistemática e dispõem de uma rede de apoio consistente, são capazes de assistir sua criança e lidar com os eventos estressantes inerentes à hospitalização.⁽⁶⁾

Foi nesta perspectiva, que foi implantado um grupo de apoio à mãe acompanhante e família do RN de alto risco na UN do HC/UFPE, buscando através da escrita e do desenvolvimento do lazer minimizar os efeitos da permanência prolongada da mãe que acompanha seu filho até a alta.⁽¹¹⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao aprofundarmos o conhecimento sobre os sentimentos dos pais frente ao nascimento do filho prematuro, constatamos que a experiência de se tornar pais prematuros desencadeia sentimentos ambivalentes, que a hospitalização do RN leva a uma separação da mãe do contexto familiar, além do afastamento dos demais membros da família deste RN, e que, todavia, esses pais parecem buscar na religião o apoio para aceitarem o filho real e continuar acreditando em sua recuperação.

Assim, consideramos alguns aspectos que poderão subsidiar futuros estudos sobre esta problemática:

Os pais demonstraram em seus discursos sentimentos de insegurança, dúvidas e incertezas; a diferença entre o filho real e o imaginário, bem como a separação precoce entre este e seus pais pode dificultar a formação do vínculo afetivo; a família, frente ao nascimento de um RNPT e, portanto, de alto risco, vive uma situação singular, momento permeado de emoções, sentindo no apoio divino uma forte base de sustentação.

Portanto, pensando em possíveis caminhos para uma assistência de Enfermagem holística, recomendamos: diante da necessidade de inserção da família no processo de cuidar, seja incentivado a mesma verbalizar suas dificuldades e medos, através de grupos de apoio, direcionados por equipe multiprofissional; ser importante a equipe de saúde neonatal promover reflexões no sentido de se tornarem sensíveis e conscientes da inclusão da família do RNPT como objeto do seu cuidar, e não apenas o RN e suas morbidades.

Desse modo, o enfermeiro pode atuar como agente capaz de modificar o atual contexto, transformando uma visão biologicista do cuidado, em uma visão holística, centrando-o na família, buscando humanizar a assistência.

REFERÊNCIAS

1. Leone CR. Epidemiologia, desafios e perspectivas. In: Marba ST, Costa HPF. O recém nascido de muito baixo peso. São Paulo: Atheneu; 2004.
2. Ordahi LFB. As expectativas das gestantes com a proximidade do parto. *Enferm Atual*. 2004 Maio/Jun; 4(21):
3. Daré Junior S, Imamura PEA, Figueira BBD, Fernandes GCV. Humanização e abordagem desenvolvimentista nos cuidados ao recém-nascido de muito baixo peso. In: Marba ST, Costa HPF. O recém-nascido de muito baixo peso. São Paulo: Atheneu; 2004.
4. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev latino-am enferm*. [periódico na Internet]. 2003 Jul/Ago [acesso em: 10 abr 2005]; 11(4): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400018&script=sci_arttext.
5. Angelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem; 1997.
6. GOMES M MF. As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI neonatal: construindo possibilidades de cuidado [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. – Escola de Enfermagem; 1999.
7. Baldini SM, Krebs VLJ. Reações psicológicas nos pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Ped Moderna*. 2000; 36: 242-246.
8. Pedroso GER. O significado de cuidar da família na UTI neonatal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem; 2001.
9. Kenner C. Enfermagem neonatal. Trad. Maria Isabel Carmagnani. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2001. 392 p.

10. Ramos JG, Martins-Costa SH, Valério EG, Mueller ALL. Nascimento pré-termo. In: Freitas F. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre: Artmed; 2003.
11. Vasconcelos MGL. Implantação de um grupo de apoio às mães acompanhantes em um hospital amigo da criança na cidade de Recife-PE [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem; 2004.
12. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Programa Radis: Assistência perinatal e neonatologia no Brasil; 1999. 31 p.
13. Zagoneli IPS, Martins M, Pereira KF. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. [acesso em: 10 abril 2005]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.
14. Macedo L, Barros P. A prematuridade na relação mãe-bebê. In: VI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. Recife; 2002.
15. Gandra MIS. A importância do apego no processo de desenvolvimento. [acesso em: 07 nov 2005]. Disponível em: www.Brazilpednews.org.br/dec2000/bnp0026.htm.
16. Kamada I. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil – 1998 – 2001. [acesso em: 09 ago 2005]. Disponível em: <http://www.icml9.org/?lang=pt>.
17. Lantzman M, Ribas AFP, Moura MLF. Responsividade materna e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. [acesso em: 07 nov 2005]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a04v17n3.pdf.
18. De Toni PM, De Salvo CG, Marins MC, Weber LND. Etologia humana: o exemplo do apego. Psico USP 2004; 9(1):30-40.
19. Patrício ZM. A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Escola de Enfermagem; 1999.
20. Gomes HSR. Um estudo sobre o significado de família [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1987.
21. Klaus M, Kennel JH. Pais e bebês: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. 320p.
22. Polit DF, Hungler BP, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. São Paulo: Artmed; 2004. cap. 11 e 14.
23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucietec-Abrasco; 1994. 269p.
24. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. Cap. 9 e 12.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 401, 10 de maio de 2002. Resolve habilitar com pendências o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco no nível terciário como integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar para o atendimento à gestante de alto risco. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2002b, Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 12 jun. seção 1.
26. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
27. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2):15-25.
28. Pereira KCC. O significado do neonato prematuro entre puérperas usuárias do sistema de alojamento conjunto de um hospital escola [monografia]. Recife: Hospital das Clínicas de Pernambuco – Residência em Enfermagem em Saúde da Criança; 2000.
29. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal. Assistência ao recém nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 205p.
30. Ribeiro NRR. Famílias vivenciando o risco de vida do filho [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Escola de Enfermagem; 2001.
31. Caetano LC. Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem; 2004.
32. Maldonado MT. Psicologia da gravidez. São Paulo: Saraiva; 1997. 229 p.

Recebido em: 17/07/2007

Aceito em: 07/09/2007

Publicado em: 01/10/2007

Endereço para correspondência

Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Enfermagem
Av. Prof. Moraes Rego, s/n
Cidade Universitária – Recife (PE) – Brasil
CEP: 50.670-901