



ORIGINAL ARTICLE

NEWBORN HOSPITAL DISCHARGE PREPARATION IN A NEONATAL INTENSIVE TREATMENT UNIT: A FAMILY'S VISION

PREPARO PARA ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL: UMA VISÃO DA FAMÍLIA

PREPARACIÓN PARA EL ALTA HOSPITALARIA DEL RECIÉN-NACIDO EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO NEONATAL: UNA VISIÓN DE LA FAMILIA

Jeanne Chagas de Sousa¹, Lucilane Maria Sales da Silva², Terezinha Andrade Guimarães³

ABSTRACT

The hospital discharge preparation for the newborn is of fundamental importance to reduce the expectations of relatives on the care when he/she returns to home. The orientations seeking to the discharge should begin from the admission. The objective was to analyze the family preparation for hospital discharge of newborn in a Neonatal Intensive Treatment Unit and to verify the family knowledge as for the disease and to the cares with newborn in the home. It is a descriptive study, of a qualitative nature, accomplished in a neonatal intensive treatment unit at Fortaleza, from December/2003 to June/2004. It was used as technique for collecting data, a semi-structured interview and the direct observation. The data were organized through content analysis. We verified that the families were partially prepared to assume cares with Rn without supervision, manifesting difficulties to accomplish some activities. We identified that the family expectation is to have the new integral home free from risks, as parents looking for to live the maternity and paternity fully until then postponed. Parents have revealed some knowledge on the disease and the child's treatment. We verified need to improve the communication process between group and family in the preparation for hospital discharge. **Descriptors:** neonatology; neonatal nursing, nursing care; newborn.

RESUMO

O preparo para alta hospitalar do recém-nascido é de fundamental importância para reduzir as expectativas dos familiares sobre o cuidado quando este retornar ao domicílio. As orientações visando à alta devem começar desde a admissão. Objetivou-se analisar o preparo da família para alta hospitalar do recém-nascido em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e verificar o conhecimento familiar quanto à doença e aos cuidados com o recém-nascido Rn no domicílio. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, em Fortaleza, no período de dezembro de 2003 a junho de 2004. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação direta. Os dados foram organizados por meio de análise de conteúdo. Constatou-se que as famílias estavam parcialmente preparadas para assumir cuidados com o recém-nascido sem supervisão, manifestando dificuldades para realizar algumas atividades. Identificou-se que a expectativa familiar é ter o novo integrante em casa livre de riscos, enquanto os pais buscam vivenciar plenamente a maternidade e paternidade até então adiados. Os pais revelaram possuir algum conhecimento sobre a doença e o tratamento da criança. Verificou-se a necessidade de aperfeiçoar o processo de comunicação entre equipe e família no preparo para alta. **Descritores:** neonatologia; enfermagem neonatal; cuidado de enfermagem; recém-nascido.

RESUMEN

La preparación para el alta hospitalaria del recién-nacido es de fundamental importancia para reducir las expectativas de los familiares sobre la atención cuando este retorne al domicilio. Las orientaciones pensando en el alta deben comenzar desde la admisión. El objetivo fue analizar la preparación de la familia para alta hospitalaria del recién-nacido en una Unidad de Tratamiento Intensivo Neonatal y verificar el conocimiento familiar sobre la enfermedad y los cuidados con el recién-nacido en domicilio. Se trata de un estudio descriptivo, de carácter cualitativo, realizada en una unidad de tratamiento intensivo neonatal en Fortaleza, en el periodo de diciembre de 2003 a junio de 2004. Se utilizó como técnica de colecta de datos la entrevista semi-estructurada y la observación directa. Los datos fueron organizados por medio del análisis de contenido. Constatamos que las familias estaban parcialmente preparadas para asumir cuidados con el recién-nacido sin supervisión, manifestando dificultades para realizar algunas actividades. Se identificó que la expectativa familiar es tener al nuevo integrante en casa libre de riesgos, ya que los padres buscan a vivir plenamente la maternidad y la paternidad hasta entonces pospuestas. algunos padres han puesto de manifiesto algunos conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento del niño. Verificamos la necesidad de mejorar el proceso de comunicación entre equipo y familia en la preparación para el alta. **Descriptores:** neonatología; enfermería neonatal; cuidado de enfermería; recién-nacido.

¹Enfermeira. Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: lucilanemaria@yahoo.com.br; ²Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: lucilanemaria@yahoo.com.br; ³Psicóloga do Hospital São José de Doenças Infecciosas. Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: lucilanemaria@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O internamento de um filho em unidade de tratamento intensivo neonatal com poucas horas de vida desperta nos pais sentimentos de medo, angústia, ansiedade, impotência diante do risco de vida do filho. Os pais, em alguns casos, mostram-se surpresos com a necessidade de hospitalização de seus filhos, pois até então, desconhecem a possibilidade de terem filhos doentes. Assim, acreditam que levariam o bebê para casa na ocasião da alta da mãe.¹

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

É importante que se tenha sensibilidade para perceber o que os pais querem saber, deixar um espaço para que expressem suas dúvidas, pois muitas vezes os profissionais fornecem informações que para estes são importantes, mas para os pais são puramente técnicas, adequando as falas às necessidades individuais de cada um.²

Com relação ao prematuro o tratamento é demorado, na maioria das vezes a criança permanece meses na unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN) sob cuidado de vários profissionais que devem estar qualificados para assistir a esses seres tão pequenos e complexos. A alta tecnologia aliada aos conhecimentos técnicos tem garantido boa assistência e sobrevivência de bebês cada vez mais prematuros para os quais, inicialmente, pareceria inviável a vida.

A participação efetiva dos pais nos cuidados com o filho durante a internação é primordial para estabelecer e fortalecer o vínculo entre eles, assim como contribui para os cuidados pós-alta hospitalar executados por eles próprios no domicílio.

Na enfermagem aponta-se que, se não nos preocuparmos com o preparo da família, com o ambiente para o qual a criança irá retornar, com certeza não conseguiremos efetividade nos tratamentos hospitalares, mesmo com a utilização de tecnologia avançada.³

Crianças prematuras ou com outras doenças relacionadas com seu nascimento, que

necessitam de internamento prolongado em unidades de tratamento intensivo, apresentam maior predisposição à morbidade durante seus primeiros anos de vida. Sendo assim, um planejamento de alta, bem realizado, contribuirá para melhorar a qualidade de vida dessa criança no domicílio.

O planejamento da alta hospitalar tem como objetivos desenvolver senso de responsabilidade nos pais para o cuidado do recém-nascido, ensiná-los a maneira mais apropriada de prestar cuidados e responder às necessidades do seu filho, diminuir o nível de estresse da família, evitar readmissões e identificar recursos disponíveis na comunidade para o atendimento após a alta.⁴

Neste momento, identificam-se três fases: o preparo do recém-nascido referente aos cuidados realizados visando o ganho de peso, a manutenção da temperatura corporal, controle e prevenção de infecções; o preparo da mãe que deve começar no momento em que ela vem à unidade pela primeira vez, explicando os procedimentos realizados, estimulando sua participação no cuidado e favorecendo o vínculo, ao ensinar cuidados básicos de higiene, alimentação, manuseio do recém-nascido (Rn), supervisionando os procedimentos por ela executados; e o momento da alta no qual são reforçadas as orientações feitas e informadas sobre a importância do seguimento.⁵

Esse processo deve ser planejado e avaliado não só pela equipe médica e de enfermagem, mas por todos os profissionais envolvidos no cuidado desse binômio, que, após concluir que ambos estão prontos, determinam a data da saída do hospital.

O interesse pela temática em questão foi despertado a partir de nossa trajetória profissional, em que temos nos confrontado com situações discrepantes entre as necessidades dos Rn e de sua família, e a oferta de assistência dispensada nos serviços de saúde.

Como enfermeira assistencial do serviço de neonatologia de um hospital público, observamos nesses três anos de experiência nesta área algumas situações inquietantes. Cuidamos por um tempo prolongado desses recém-nascidos, quando chega o momento da alta hospitalar nos questionamos se a família está preparada para dar continuidade aos cuidados necessários, esperando que esteja pronta para assumir a paternidade e maternidade que até então não tinham sido vivenciadas plenamente.

Acreditamos que este estudo poderá contribuir para o emergir de questões que

possam favorecer uma conduta específica e eficiente da equipe de saúde perante o processo de alta do Rn da UTIN. Com o conhecimento das expectativas da família com enfoque na mãe, no momento da alta hospitalar podemos respaldar as orientações fornecidas para o preparo da família sendo direcionado às necessidades do Rn no domicílio, facilitando a adaptação da mesma.

Portanto, objetivamos neste estudo analisar o preparo da família para alta hospitalar do Rn em uma UTIN e verificar o conhecimento familiar quanto à doença e aos cuidados com o Rn no domicílio.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, que investiga as dimensões de um fenômeno, a maneira pela qual ele se manifesta e outros fatores com os quais ele se relaciona.⁶

A natureza do estudo é qualitativa em virtude de trabalhar com o universo de expectativas, significados, motivos, 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.⁷

Este estudo foi desenvolvido no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, localizado na região Nordeste do Brasil, em um hospital geral de grande porte, vinculado à rede pública estadual de saúde, conveniado com SUS, que possui serviço de obstetrícia e dispõe de UTIN.

A UTIN está localizada no 4º andar do prédio juntamente com o centro e a clínica obstétrica. Possui 25 leitos, sendo 12 de alto risco (AR) e 13 de médio risco (MR). Existe, ainda, uma subdivisão em alto risco 1 e 2, assim como médio risco 1 e 2.

A criança grave é admitida no AR1 e à medida que evolui seu quadro clínico ela vai sendo transferida internamente para AR2, MR1 até chegar ao MR2.

No AR1 geralmente os Rn estão graves são prematuros extremos, baixo peso ou com desconforto respiratório intenso, necessitam de ventilação mecânica, monitorização contínua e controle de exames mais freqüentes.

No AR2 ficam Rn graves, porém com maior estabilidade, pode estar em ventilação mecânica ou em ventilação por pressão positiva contínua, em uso de antibióticos e algumas vezes nutrição parenteral.

No MR1 ficam Rn que tem estado geral mais estabilizado, porém ainda podem fazer uso de oxigenoterapia não invasiva, oxigênio

circulante e oxihood, e precisam de oximetria de pulso contínua. No MR2 os Rn geralmente estão terminando esquema de antibiótico e em regime de engorda, pois após atingir o peso adequado, ou seja 2.500kg, estão mais perto de receber alta hospitalar.

O nosso cenário de estudo foi o MR2, que dispõe de seis leitos. Neste setor os Rn ficam acomodados em berços aquecidos, incubadoras ou berço comum, agasalhado, dependendo da sua capacidade de regulação térmica, iniciam dieta de transição, ou seja, são alimentados por gavagem e por via oral, e à medida que melhoram a sucção são estimulados para o aleitamento ao seio materno.

São admitidas na UTIN as crianças nascidas na própria instituição, ou as crianças transferidas de outras maternidades, que não dispõem deste recurso ou estão sem leitos disponíveis e, ainda, crianças provenientes de municípios do interior do Estado.

A presença da mãe no serviço se dá de duas maneiras: a que está no pós-parto e internada possui livre acesso, podendo vir no MR várias vezes sendo estimulada a permanecer com o filho o máximo de tempo, pois as enfermarias obstétricas estão no mesmo corredor da unidade neonatal; a que já recebeu alta ou teve sua criança transferida, sendo orientada a comparecer no hospital com freqüência, estimulada a desmamar e trazer o leite materno ordenhado. O pai também tem horário livre para visitas. O serviço permite a entrada dos avós na unidade, enquanto outros familiares podem ficar no corredor e ver a criança pela vidraça. Geralmente as mães não pernoitam, pois não se tem estrutura física para acomodá-las. Para as mães que passam o dia, o hospital oferece alimentação e vale transporte.

Foram selecionadas, por conveniência, como sujeitos da pesquisa seis mães que estavam acompanhando na UTI, no mínimo um mês, a criança de risco e que concordaram em participar da pesquisa. Não foram selecionadas as mães cujos Rn receberam alta para alojamento conjunto. A data de admissão e o trânsito da criança na unidade foram verificados no prontuário.

Respeitamos a autonomia dos sujeitos acatando sua decisão de participar ou não do estudo, confirmado pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo resguardada sua identidade denominando as informantes pelo nome de flores aleatoriamente, dando preferência as que pareciam mais femininas. Assim, fizemos a leitura do termo, explicando o teor da pesquisa, a total liberdade para se recusarem ou saírem do trabalho em qualquer tempo, sem prejuízo de qualquer natureza,

atendendo critérios da Resolução 196/96 do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, com número de aprovação 1000902-03.

A coleta de dados foi iniciada a partir de visitas semanais à unidade, fora do horário de trabalho da pesquisadora no período de dezembro de 2003 a junho de 2004. Foram analisados os censos para identificar o Rn que estava há um mês na unidade, buscando informações no prontuário relativas ao motivo do internamento, fluxo do RN dentro da unidade e terapias utilizadas, iniciando a partir deste momento a aproximação com a mãe acompanhante do RN de risco, durante sua participação em uma reunião semanal de rotina da unidade, coordenada por uma assistente social e uma terapeuta ocupacional. Durante a coleta de dados apenas as mães estavam presentes, os pais geralmente estavam trabalhando.

Utilizamos, posteriormente, como técnica para obtenção das informações a entrevista semi-estruturada porque é o procedimento mais usual e indicado para obter informes contidos nas falas dos atores sociais e a observação direta da dinâmica da UTIN. Esta, também propicia flexibilidade ao pesquisador para conduzir o trabalho, de forma que o entrevistado não se afaste do foco da pesquisa e tenha liberdade para se expressar. De acordo com a habilidade e experiência do pesquisador poderá ser esclarecida alguma dúvida e até mesmo, explorado com maior detalhamento determinada idéia do sujeito.⁷

Realizamos uma entrevista com cada participante, utilizando durante a coleta dos dados, gravador, formulários e anotações no diário de campo, instrumento para obter informações a partir da observação direta. Trata-se de um método de observação visual onde são observados fatos, comportamentos no momento que eles se produzem e em si mesmo, sem a mediação de um documento, que deve acontecer em acordo com as pessoas em questão. O próprio pesquisador realiza diretamente a coleta das informações. Os sujeitos observados não intervêm na produção da informação procurada.⁸

Observar significa examinar atenta e minuciosamente as situações por diferentes prismas, visando desenvolver uma compreensão profunda e integrada.⁹

Após a entrevista gravada, fizemos a transcrição das falas. Usamos como técnica a análise de conteúdo, que tem por finalidade realizar inferências com base numa lógica explicitada sobre os discursos, cujas características foram inventariadas e sistematizadas. Trata-se de desfazer um discurso e produzir um outro pela

identificação e atribuição da significação, que resulta de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção de análise. Franco (2005), descreve ainda em seu trabalho que, para realizar a análise de conteúdo é necessário que se cumpra algumas etapas importantes.¹⁰

Segundo o mesmo autor, na primeira etapa faz-se a delimitação dos objetivos e definição de um quadro de referências teóricas que vão orientar a pesquisa. O segundo passo é a constituição do *corpus* que corresponde ao material produzido para análise. Na terceira etapa realiza-se a definição de categorias. Na quarta etapa definem-se as unidades de análise que se subdividem em unidade de registro, de contexto e de enumeração. Depois de cumpridas as etapas anteriores, podemos passar, então, para a quantificação e validação do trabalho.

A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: a primeira é o inventário, onde se isolam os elementos; e a segunda é a classificação que reparte os elementos e, portanto, procura impor uma certa organização às mensagens. Consideramos para categorização as seguintes qualidades: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade, e a produtividade.¹¹

Ainda para o autor, homogeneidade é um processo onde não se misturam os significados encontrados para as unidades temáticas. A exaustividade se dá quando se esgota a totalidade do texto, se explora o máximo de categorias. Denomina-se exclusividade quando um mesmo elemento do conteúdo não é classificado duplamente em categorias diferentes. A objetividade se refere a chegar a resultados convergentes. E a pertinência ocorre quando a categoria está adequada ao conteúdo e ao objetivo do estudo.

A validação do estudo foi realizada por duas pesquisadoras que possuem experiência com trabalhos na linha qualitativa, com abordagem em análise de conteúdo, sendo uma psicóloga, mestre em Saúde Pública, com experiência na área hospitalar e uma enfermeira, mestre em Enfermagem, doutoranda em Enfermagem, com experiência na assistência e na docência. A validação se deu por meio da análise do processo de construção das categorias e subcategorias bem como do consolidado final, verificando sua pertinência com os objetivos do estudo, e funcionando como uma forma de constatar a fidelidade na construção das categorias do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Expectativa da família para alta hospitalar

Nesta categoria sobressai a expectativa da família para alta, contando com o apoio da família ampliada, considerando neste trabalho a família nuclear pai-mãe-filho e família ampliada com os agregados, avôs, tios, cunhados entre outros. As subcategorias emergentes foram:

♦ Expectativa da família para alta do Rn da UTIN

Nessa subcategoria foram agrupadas as falas que expressavam as expectativas da família no que se refere à alta hospitalar.

Depois que ela falou da alta fiquei mais feliz[...]todo mundo tá feliz. É o primeiro neto, primeiro sobrinho primeiro tudo (expressão aliviada). (Margarida)

Vambora ajeitar o quartinho pra menina... ele passou o dia todinho trabalhando (expressão facial de satisfação). (Rosa)

A maior felicidade da minha vida... já pensou depois de 79 dias receber essa notícia?! Foi a melhor coisa do mundo... Muito feliz, Ave Maria! (expressão facial de alegria). (Hortência)

Identificamos nessas falas que, ao receberem aviso de alta, foram despertados sentimentos positivos de alegria, satisfação, alívio e gratidão, que se confirmaram pelas expressões faciais e corporais ao estarem falando sobre a alta durante as entrevistas. A expectativa é ter o novo integrante em casa, aparentemente livre de riscos, buscando vivenciar um momento que foi adiado em função das circunstâncias de nascimento do bebê.

Estudo de Camargo et al¹², reforça a importância de se avaliar e fornecer suporte aos sentimentos maternos, no percurso entre o nascimento do bebê pré-termo e a alta hospitalar. Após avaliação clínica das mães possibilitou a identificação de mães com maior dificuldade no enfrentamento adaptativo da situação de estresse psicológico ocasionado pela internação do filho, sendo necessário à implementação de adequada intervenção psicológica preventiva.

♦ Apoio da família ampliada para o cuidado com o bebê e demais filhos

Nessa subcategoria foram reunidas as expressões que significavam a contribuição esperada pelo acompanhante em relação à família ampliada.

Minha mãe e minha cunhada vão me ajudar (Melissa)

A minha mãe vai me ensinar[...]Jeu moro com ela (mãe) (Angélica)

Pode ir, os outros nós toma de conta... quando eu chego os meninos já tem almoçado, estão dormindo[...]ela não maltrata, nem nada[...]ela gosta muito deu[...]já, quando eu tô aqui, ela fica com os meninos lá.(Rosa)

Constatamos nesses depoimentos o quanto é necessário o apoio da família ampliada nesse momento de fragilidade, o apoio daqueles em quem confiamos e com quem temos afetividade é um valioso suporte emocional. Desta forma, é importante durante a hospitalização identificar aqueles que são significativos, que poderão contribuir no cuidado da criança, inclusive quando estiver no domicílio.

Entendemos que, quando não ocorre esse suporte familiar, a expectativa para alta da criança, manifestada pela mãe, poderá ser fortemente influenciada pelas circunstâncias sociais, preocupações com os filhos que ficaram em casa, gerando conflitos que podem refletir na redução dos cuidados diretos à criança, prestados pela mãe no hospital ou em antecipação do processo de alta.

É muito importante a presença dos avós nas unidades de tratamento intensivo neonatal, pois expressam a maternagem ampliada, a transgeracionalidade e fornece um maior apoio e segurança as mães que terão que vivenciar mais intensamente este período.¹³

♦ Preparando a casa para o acolhimento da criança

Reunimos nessa subcategoria as falas que significaram como estavam preparando o ambiente para receber o bebê.

Ajeitamos os tijolos às telhas tá tudo bem forrado[...]já tem uma rede nova que eu comprei para ela[...]é tudo bem jeitoso mesmo. (Rosa)

Meu esposo já ligou e disse que já arrumou tudo. (Dália)

É uma rede que levei. Uma rede, uma cômoda. (Angélica)

Tem o bercinho dele, a cômoda[...]tá tudo arrumadinho lá. (Margarida)

De acordo com as falas, a satisfação pela alta hospitalar do bebê se traduziu em preparar o ambiente para recebê-lo. As expressões durante esse momento da coleta de dados revelaram muita alegria, já que este momento foi adiado pela hospitalização inesperada, ou seja, os pais estão conseguindo se refazer do susto e começam a concretizar a presença do bebê em casa.

Um fato nos chamou atenção, em nenhum momento as informantes fazem menção se foram indagadas pelos profissionais da unidade sobre o ambiente que estava sendo

preparado para o acolhimento da criança, em relação às condições físicas, mobiliário e limpeza. O que nos leva a crer que, também não foram orientados sobre esses aspectos, é importante saber em que condições a criança vai ser recebida sob pena de prejudicar sua recuperação.

Deveria ter uma equipe para fazer uma avaliação do ambiente antes da saída do bebê, de forma a fazer as orientações cabíveis de acordo com as possibilidades de cada família. Esta atividade poderia ser realizada por um dos profissionais que atende criança e família.

Sabemos que uma das causas mais frequentes de internamento na UTIN é problema respiratório e, como consequência, muitas crianças ao saírem são portadoras de broncodisplasia. Com certeza, o ambiente influenciará no seu estado de saúde e, para prevenção de intercorrências, deveriam ser dadas informações sobre a limpeza do ambiente e mobiliário.⁴

A dormida em rede é um hábito bastante comum para maioria dos nordestinos, faz parte da cultura, porém devemos ter cuidados redobrados com esse objeto em se tratando de pessoas com história de problemas respiratórios. Dentre os fatores desencadeantes de rinite alérgica e crises asmáticas, a rede ocupa o primeiro lugar seguido do colchão em relação à concentração de ácaros que podem desencadear essas crises. Portanto é importante instruir as mães sobre a higienização e substituição periódica desses objetos como forma profilática.¹⁴

♦ *Recebendo previsão de alta*

Reunimos nessa subcategoria falas que caracterizaram recebimento do aviso de alta.

Ontem eu tive informações que ia ter alta[...]foi a assistente social que me avisou (Hortência)

Não lembro o nome da doutora que falou sobre a alta (Angélica)

Eu soube um dia antes dele receber alta (Melissa)

A doutora falou que ele vai ter alta daqui a cinco dias (Margarida)

Percebemos a partir dessa falas que o aviso de alta para o grupo estudado foi realizado 24 horas antes da efetivação da mesma, com exceção de Margarida que teve um tempo maior. Acrescentando a nossa observação direta no decorrer de nossa presença na unidade, detectamos que não há uma decisão de alta conjunta.

O planejamento de alta deve ser o foco da assistência desde a hora da admissão do recém-nascido ao hospital. Envolve a

formulação de um programa pela equipe de saúde, o paciente, a família e os órgãos externos apropriados para ir ao encontro das necessidades físicas e psicossociais do paciente após a alta, exigindo uma colaboração rigorosa da equipe de saúde.¹⁵

Talvez o preparo não adequado se refletirá na primeira consulta de retorno, onde possivelmente as mães estarão com dúvidas que deveriam ter sido esclarecidas por ocasião do preparo para alta.

• **Vivência do cuidado na UTIN**

Nesta categoria sobressai o despreparo da mãe para realizar cuidados sozinha. Isto é preocupante, tento em vista que já estão deixando as dependências do hospital, ao mesmo tempo em que aparecem recebendo orientação para o cuidado.

♦ *Sentindo-se despreparada para realizar o cuidado*

Selecionamos para essa subcategoria depoimentos que faziam referência à aptidão para execução de cuidados.

Banho eu nunca dei[...]eu nunca tive oportunidade[...]eu não iria saber como era que iria dar banho nele[...]só o banho eu tenho dúvida. (Melissa)

Não sei ainda banhar ele[...]nunca banhei enquanto tava no médio risco. (Angélica)

Banhar é uma insegurança[...]eu tô assim meio insegura[...]devido a ser prematuro[...]e o meu maior medo dar banho[...]já eu tenho que me virar tenho que aprender[...]porque a gente[...]sei lá fica insegura no cuidar. (Hortência)

Identificamos nestas falas que, as mães se sentem despreparadas para alguns cuidados como o banho do Rn, mesmo tendo observado a execução dos mesmos pelas auxiliares, conforme nossas observações.

O banho do bebê foi uma das dúvidas mais frequentes, não só nas falas durante a coleta de dados como também nas reuniões semanais promovidas pela assistente social, das quais participamos algumas vezes. Esse fato é preocupante, uma vez que, ao receber alta das crianças, as mães devem estar aptas a realizar cuidados, não só de alimentação como de higiene.

A enfermeira deve certificar-se que os pais estejam treinados suficientes para dispensar cuidados antes da alta do recém-nascido.¹⁴

♦ *Recebendo orientação para o cuidado*

Reunimos nessa subcategoria todas as verbalizações que faziam referência ao recebimento de orientação para o cuidado.

Não ficar muito exposto[...]Num receber muita visita[...]porque é um bebezinho prematuro[...]não passar nada só lavar e

secar bem sequinho a cirurgia[...]A médica orientou sobre as vitaminas... sempre dão orientação a gente. (Hortência)

Uma enfermeira me explicou como dava o leite na sonda[...] antes de eu dar eu ficava olhando como as meninas faziam[...]tudo a gente tem que olhar primeiro para poder aprender[...] antes de pegar nele tem que lavar bem as mãos[...]não pegar nele suado sujo. (Dália)

A doutora me deu explicação[...]ela falou sobre a medicação[...]como eu iria dar antes ou depois da refeição[...]hoje ela me disse que antes de eu banhar eu tapasse primeiro o ouvidinho dele[...]isso eu não ia saber. (Melissa)

Observamos nestes depoimentos que de um modo geral as mães recebem orientações sobre os cuidados, e também observam atentamente as atividades executadas pelas auxiliares de enfermagem, fazendo desta observação um momento de aprendizagem. Entretanto, a observação sem a prática não é eficiente como poderemos constatar na subcategoria seguinte.

Repassar informações é diferente de ensinar, deve-se avaliar se o que foi orientado foi bem compreendido pelo aprendiz, ou se não foi interpretado de forma incorreta, de forma a prejudicar a saúde da criança. Principalmente, quando as mães apresentam escolaridade baixa, como as do estudo, em que a maioria cursou ensino o fundamental incompleto, e possuem renda familiar média de dois salários mínimos.

Durante a realização do nosso trabalho observamos que praticamente a mãe é a figura da família mais presente na unidade. A mãe é quem permanece o maior período no hospital, reproduzindo a idéia de mulher cuidadora, responsável pela saúde e educação dos filhos, enquanto que o pai vai buscar os recursos financeiros e, quanto mais instrução a mãe tiver, mais facilidade ela terá de aprender o cuidado e de executá-lo¹⁶

Poderiam ser usados planos de ensino padronizados por escrito, com figuras e esquemas, onde o conteúdo deva ser coerente com a situação vivenciada pela família, mas que os profissionais tenham liberdade de adaptá-lo às individualidades, ou seja, o plano seria norteador das atividades de ensino, associados a instruções verbais, demonstrações além de vídeos.¹⁴

Devem ser levados em consideração alguns fatores que podem interferir no aprendizado como: ansiedade, experiências anteriores com doenças, habilidades física e mental, base cultural, relações familiares e motivação, entre outros.¹⁴

♦ Cuidados com a alimentação

Separamos nessa subcategoria as falas que caracterizam cuidados com a alimentação.

Não tenho dificuldade no aleitamento[...]no começo ele não pegava devido à sonda[...]Passava muito tempo sem sugar[...]Mas agora ele suga direitinho (Hortência)

É só dar de mamar[...]é só dar o peito até o seis meses[...]já comendo bem direitinho... Chega doer o carocinho (Angélica)

Meu leite secou[...]mas ele pega direitinho[...]mas, não tem leite suficiente. (Margarida)

No que se refere à alimentação as mães não demonstraram tantas dificuldades em realizar a gavagem e percebemos, também através das falas, o estímulo ao aleitamento materno pelos profissionais da unidade, pois a instituição faz parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, tendo como um dos objetivos a ênfase no aleitamento materno exclusivo. Vale ressaltar que durante nossa coleta de dados foi realizado um treinamento com todas as categorias profissionais envolvidas na assistência ao recém-nascido e a nutriz sobre os dez passos para o sucesso do aleitamento materno.

Entretanto, mesmo com o empenho de todos, identificamos, entre as nossas informantes algumas com problemas relacionados à pega incorreta, fato também não percebido pela equipe.

A vivência da amamentação é fortemente mediada pelas próprias experiências da mulher desde sua própria infância, se foi amamentada ou não até as situações que presenciou ao longo de sua vida, assim como do significado que tem para ela a amamentação, o que irá influenciar o seu comportamento. Não é raro encontrarmos no grupo de mães aquelas que verbalizam dificuldades com a amamentação e são submetidas às famosas palestras sobre aleitamento de forma coercitiva, trazendo uma tortura psicológica e sentimento de culpa para a mãe em relação ao aleitamento. Atuando desta forma, acreditamos que não traria benefícios¹⁷

♦ Autoconfiança na execução do cuidado

Agrupamos nessa subcategoria as falas que estão relacionadas à execução dos cuidado com autoconfiança.

Não tenho dificuldade com o aleitamento. (Hortência)

Sinto-me preparada[...]cuidei dele durante o internamento[...]troquei a fralda dele[...]dava o leite dele[...]cheguei a dar o leite dele na sondinha. (Melissa)

Já dou banho... Já troco a fraldinha dele... Eu não tive medo de fazer isso... Eu tô confiante. (Margarida)

O despreparo não é mesmo em todos os tipos de cuidados, pois em relação à alimentação e troca de fralda parece não existir dúvida. Percebemos também contradições nas falas das informantes quando questionamos se estavam preparadas para cuidar da criança no domicílio, tivemos respostas positivas, porém quando indagamos sobre algum cuidado específico, exemplificando com o banho, estas demonstraram insegurança ou revelaram-se despreparadas.

• Conhecimento materno sobre a doença e o tratamento da criança

Nesta categoria agrupamos todas as falas que se referem aos motivos que as mães expressaram para a internação de seus filhos numa UTIN e seus tratamentos:

Porque foi um bebê prematuro[...]criança que nasce antes do tempo[...]após a dieta deixar sempre com a cabeceira elevada porque tem refluxo (Melissa)

Porque ela tava com água na cabeça[...]Jeu só sabia do problema da cabeça eu não sabia do problema da coluna e das perninhas dela[...]é um tumorzinho que fica crescendo, que, se não cuidasse a criança não escapava (Rosa)

Percebemos que as mães deste estudo são conhecedoras dos motivos que culminaram com a internação do bebê, revelando, assim, que possuem algum tipo de informação sobre a doença principal, sabem de modo geral o que foi que aconteceu e porque estão ali, contrapondo-se ao observado anteriormente por Cunha.¹

Em relação a quem forneceu essas informações sempre mencionam que foi um doutor ou doutora poucos sabem o nome. Devemos utilizar termos adequados ao nível cultural da família, de modo que compreenda de forma mais adequada possível, sendo ainda direito do paciente e acompanhante conhecer o profissional que está prestando a assistência.

Em relação ao tratamento, referem:

Ele passou pelo tubo, cpap, capacete e oxigênio circulante[...]Jele passou em todos os setores até chegar na engorda. (Melissa).

Fez cirurgia de deslocamento de retina[...]se não fizesse ia ficar cego[...]depois pareceu a hérnia perto de ir embora aí imediatamente fez a cirurgia. (Hortência)

Identificamos falas onde as acompanhantes se mostravam atentas a tudo que se passava com seus filhos. Sabiam o que estava sendo

realizado, que cuidado estava sendo prestado. Isso é importante porque, em geral, os profissionais é que decidem o tratamento, mas não têm a consideração de explicar a família o que está sendo realizado, agindo com certa autoridade em função do conhecimento que detém.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos nossos propósitos constatamos nessa investigação que uma expectativa familiar está relacionada ao preparo do ambiente domiciliar para receber o Rn. Percebemos que existem dificuldades para realizar atividades relacionadas à higiene como banho e que não houve prática suficiente desse cuidado de forma que se sentissem capacitadas para realizá-lo sozinhas, o que ficou demonstrado não só pelos depoimentos que constituíram as unidades de análise, como também nos questionamentos durante as reuniões de grupo, apesar de receberem muitas orientações sobre cuidados gerais.

O fato das mães não estarem totalmente preparadas para cuidar de seus filhos no domicílio gera certa ansiedade, apesar de serem evidenciados sentimentos positivos de felicidade, alegria e conforto por estarem sendo assistidas, conforme apontaram algumas das falas.

Em relação aos cuidados com alimentação as mães parecem demonstrar melhor assimilação, pois as falas revelam que executavam sem muitas dificuldades a gavagem e o aleitamento ao seio.

Confirmamos que as mães possuíam algum tipo de conhecimento sobre os motivos que levaram ao internamento do Rn. Evidentemente que o nível de compreensão está relacionado ao nível cultural individual, mas consideramos satisfatórias as declarações recebidas, demonstrando que houve respeito a um direito do paciente garantido por lei no que se refere ao conhecimento do diagnóstico, terapêutica e prognóstico.

Constatamos que não houve preocupação dos profissionais em investigar as condições habitacionais e de moradia, de forma a fazer algum tipo de orientação para o acolhimento da criança no domicílio e sobre a higiene ambiental e de utensílios.

Nosso compromisso com o paciente não se encerra simplesmente com a saída deste da unidade hospitalar, mas temos que dar condições de estarem aptos para o cuidado do Rn, a partir dos ensinamentos realizados na unidade, de forma a manter-se saudáveis.

É necessário que as instituições de saúde revisem suas metodologias de educação em saúde e que, se possível, possam construí-las a partir da experiência do grupo. Entendemos que não existem fórmulas prontas, devemos ter flexibilidade para adaptá-las a cada grupo. O fato de estarmos atuando na assistência hospitalar não nos redimi da realização de práticas educativas individuais ou coletivas. Além disso, é necessário o envolvimento de todos os profissionais que cuidam destas crianças, de forma a garantir assistência educativa integral e uma preparação adequada das mães, para a continuidade dos cuidados no domicílio.

REFERÊNCIAS

1. Cunha MLC da. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. Rev Gaúcha de Enferm. 2000; 21:70-83. Num. Especial.
2. Lamy ZC, Gomes R, Carvalho M de. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal, J Pediatria.1997; 73(5):293-98.
3. Madeira LM. Alta hospitalar da criança implicações para Enfermagem. Rev Bras Crescimento e Desenvolvimento Humano. jul-dez; 4(2):5-11.
4. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
5. Naganuma M, Barbosa VL. Alta do Recém-nascido. In: Naganuma M. (Org) Procedimentos técnicos de enfermagem neonatal. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995.
6. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Ates Médicas; 2004. 391p.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 2006. p. 406.
8. Quivy R, Campenhoudt L. Manual de investigação em ciências sociais. Marques J, Mendes MA. (tradutores) Gradiva;1988. p.165.
9. Cianciarullo TI. (Org.). Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2003. 154 p.
10. Franco MLPB. Análise de conteúdo. 2ª ed. Brasília: Líber Livro Editora; 2005. p.79.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
12. Camargo CL de, La Torre, MPS, Oliveira AFVR, Quirino MD. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva. Cienc Cuid Caude. set.-dez 2004; 3(3):267-75.
13. Braga NA, Morsch DS, Lopes JMA, Carvalho M. Maternagem ampliada-a transgeracionalidade em UTI neonatal. Rev Ped Moderna. Jul 2001; 37(7).
14. Bezerra RM. Fique livre da alergia na rede. Diário do Nordeste. Fortaleza, 11 de abril de 2004. Caderno Viva p.1
15. Kenner C. Enfermagem neonatal. [tradução da 2ª Ed. original] revisão técnica Carmagnani MI. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2001. 392 p.
16. Ritter NRR. Famílias vivenciando o risco de vida do filho. Florianópolis: UFSC/Curso de pós-graduação em Enfermagem; 2001. Tese.
17. Rezende MA, Sigaud CHS, Veríssimo M De La OR, Chiesa AM, Bertolozzi MR. O Processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. Rev Latino-am Enferm. março-abril 2002; 10 (2): 234-8.
18. Manual dos Direitos do Paciente. Ordem dos Advogados do Brasil. Secção do Ceará. Comissão dos Direitos Humanos, 27p. [1999].

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2008/12/18
Last received: 2008/02/03
Accepted: 2008/02/06
Publishing: 2008/04/01

Address for correspondence

Lucilane Maria Sales da Silva
Universidade Estadual do Ceará
Rua Gustavo Braga, 257
CEP: 60430-120 – Rodolfo Teófilo, Fortaleza
(CE), Brasil