MARIA GORETE LUCENA DE VASCONCELOS

***IMPLANTAÇÃO DE UM GRUPO DE APOIO À MÃE ACOMPANHANTE
DE RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E DE BAIXO PESO EM UM
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA NA CIDADE DE RECIFE/PE***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Carmen Gracinda Silvan Scochi

Ribeirão Preto

2004

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca Central do Campus Administrativo de Ribeirão Preto/USP

Vasconcelos, Maria Gorete Lucena de

Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife/PE./ Maria Gorete Lucena de Vasconcelos; orientadora Carmen Gracinda Silvan Scochi. - Ribeirão Preto, 2004.

165 f. : il.; 30cm

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

1. Enfermagem neonatal. 2. Prematuridade. 3. Baixo peso ao nascer. 4. Grupos de apoio. 5. Mãe acompanhando filho no hospital.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife/PE

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Orientadora

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Magda Ferreira Gomes

Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Vera Lúcia Barbosa

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA ESPECIAL

*À Deus,
plenipotência universal, que me
guiou e pegou nos braços nos
momentos de dificuldades.*

Meu eterno fervor.

*À Virgem Mãe,
que me cobriu e protegeu sob seu
manto na caminhada.*

Minha eterna devoção.

*Às mães acompanhantes,
que me possibilitaram construir
esse estudo, enriquecendo-o com
suas histórias de vida.*

Minha gratidão.

DEDICATÓRIA

*Ao meu esposo **Antonio**,
pelo incentivo e paciência na minha ausência.
Meu amor.*

*A meus filhos **Gustavo Henrique e Rômulo Augusto**,
minha maior riqueza e razão de vida,
que me ajudam a sonhar.
Meu infinito amor.*

*A minha mãe **Lindalva** e minha irmã **Rosangela**,
pelo apoio incondicional.
Meu porto seguro.*

*A **Maria Raquel, Guilherme e Vinícius**, meus queridos sobrinhos,
pelas palavras de estímulo e força.
Meu carinho.*

AGRADECIMENTOS

Sempre fica um pouco de perfume nas mãos de quem oferece flores.

(Provérbio Chinês)

*À Profa. Dra. **Carmen Gracinda Silvan Scochi**, exemplo de competência profissional, que me acolheu e orientou com carinho e entusiasmo na condução desse trabalho, sendo muito mais do que uma orientadora, preocupando-se e apoiando-me nos momentos da caminhada longe daqueles que amo, exemplo concreto de humanidade.*

*À Profa. **Joana Araújo da Rocha Barros**, minha querida **Joaninha**, exemplo de sabedoria profissional, que sempre acreditou e incentivou meus vãos.*

*A todos os que fazem o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, em especial, as minhas colegas Profa. **Luciana Leal**, Profa. **Marli Javorski** e demais professores substitutos, que assumiram minhas atividades de ensino com zelo e dedicação durante meu afastamento acadêmico.*

*Aos **docentes** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, instituição modelo, que contribuíram para ampliar meu conhecimento na Enfermagem em Saúde Pública e Materno-Infantil.*

*À equipe de Enfermagem das Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários Neonatais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial, as enfermeiras **Maria José e Lourdes**, pelo carinho com que me acolheram durante as atividades desenvolvidas no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino e pelo aprendizado compartilhado.*

*À equipe da Unidade Neonatal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, em especial, aos médicos **Adeildo Simões, Kátia Guimarães** e enfermeira **Suely de Fátima**, pela receptividade no trabalho de campo.*

*Às colegas que conviveram ao meu lado durante as reuniões do Grupo de Estudo em Enfermagem Neonatal da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial, à **Thaila, Fernanda Nogueira, Milena, Adriana, Maria Cândida, Cristina, Laise, Sueli, Luciana, Nelma, Mariângela, Carolina, Fernanda Yeza**, pelos momentos de crescimento coletivo e troca de experiência.*

*À equipe do Grupo de Apoio aos Pais da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial as alunas de graduação **Viviane, Thaila, Fernanda Nogueira**, por me proporcionarem momentos importantes para concretização deste estudo.*

*À equipe do Grupo de Apoio às Mães Acompanhantes (GAMA) **Edna, Amanda, Maria do Carmo, Fátima, Andrezza, Carla, Dália, Ednara, Érica, Keila, Maria Raquel, Luciana, Camila, Marília, Gustavo e Leonardo**, pela parceria, apoio e carinho, inclusive durante meus afastamentos.*

*A meus tios **Creuza e Rafael** e primos **Kaline, José Brasil, Ketley, Kilmara, Antonio Glaucius, Kildare, Isabela**, que sempre me acolheram carinhosamente nas minhas idas e vindas entre Ribeirão Preto, São Paulo e Brasília.*

*A **todos** os que fazem a Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (PROPESQ/UFPE) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio técnico e financeiro como bolsista do Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica (PICDT/CAPES).*

*Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial, **Adriana, Andréia, Cidinha, Matheus, Deolinda, Lourdes, Marta, Kethleen**, exemplo de dedicação e profissionalismo no atendimento ao aluno.*

*À **Maria José, Sofie e Cristina**, pela revisão da língua portuguesa, tradução dos resumos em inglês e espanhol e correção das referências bibliográficas, trabalhos exercidos com grande dedicação.*

*A **todos** aqueles (profissionais, pós-graduandos, amigos, colegas e vizinhos), que com um gesto ou uma palavra de incentivo me proporcionaram bons momentos, minimizando a saudade da minha família e da minha terra natal, Recife.*

*Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor,
mas lutamos para que o melhor fosse feito.
Não somos o que deveríamos ser,
mas somos o que iremos ser.
Mas, graças a Deus, não somos o que éramos.*

Martin Luther King

RESUMO

Vasconcelos, M. G. L. **Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife/PE.** 2004. 165 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

A criação de estratégias de apoio assume importância fundamental na perspectiva do cuidado humanizado à mãe e família nas unidades neonatais. Assim sendo, o presente estudo tem como objetivos descrever a experiência de implantação de um Grupo de Apoio à Mãe Acompanhante (GAMA) em um hospital amigo da criança de Recife/PE, identificar o significado de ser mãe acompanhante e analisar os significados atribuídos à vivência no GAMA. Utilizou-se a abordagem qualitativa no delineamento de uma pesquisa-ação. O estudo foi realizado na Unidade de Internação Neonatal (UIN) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) na cidade de Recife/PE. A coleta de dados foi realizada por meio da observação e de entrevistas gravadas com 16 mães acompanhantes que participaram de cinco ou mais reuniões, sendo direcionada por duas questões norteadoras. As falas foram submetidas à análise de conteúdo, modalidade da análise temática. O projeto foi implantado pela pesquisadora congregando uma equipe multiprofissional e alunos de graduação de enfermagem, biologia e comunicação social da UFPE. No período de março a dezembro de 2003, participaram das atividades do GAMA 105 sujeitos, entre mães, pais, avós, irmãos, primos e cunhados. Da análise das entrevistas emergiram duas categorias com seus respectivos temas: 1. O ser mãe acompanhante do filho prematuro e de baixo peso ao nascer: o sofrimento pela separação da família e o apoio recebido; o alojamento materno como prisão; não admitindo a possibilidade de alta sem o filho; o alojamento materno enquanto espaço de novas amizades, aconselhamentos e conflitos; 2. A vivência materna no GAMA: a estratégia da escuta como terapia; o hospital como espaço para o riso e a descontração; a aquisição de força e o estabelecimento de vínculos afetivos. Considera-se que estratégias de apoio através da escuta e de atividades de lazer podem e devem ser acessadas pelos profissionais na prática clínica, consolidando uma concepção ampliada do fazer saúde no contexto hospitalar.

Palavras-chaves: Enfermagem neonatal, Prematuridade, Baixo peso ao nascer, Grupos de apoio, Mãe acompanhando filho no hospital.

ABSTRACT

Vasconcelos, M. G. L. **Implanting a support group to bedside accompanying mother of a premature and low birth weight at a child-friendly hospital in Recife/PE.** 2004. 165 f. Thesis (Doctoral) - College of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

The creation of support strategies becomes fundamentally important from the perspective of humanized care to mothers and families at neonatal units. Thus, this study aims to report on the experience of implanting a support group to bedside accompanying mothers (GAMA) at a child-friendly hospital in Recife/PE, identify the meanings of being a bedside accompanying mother and analyze the meanings of group experience. A qualitative approach was used to outline an action research. The study was carried out at the Neonatal Care Unit (UIN) of the Federal University of Pernambuco (UFPE) *Hospital das Clínicas* in Recife/PE, Brazil. Data were collected through observation and interviews with 16 bedside accompanying mothers who participated in five or more meetings, which were guided by two questions and recorded. Discourse was submitted to content analysis, which is a mode of thematic analysis. The project was implanted by the researcher, joining a multiprofessional team and undergraduate nursing, biology and social communication students from UFPE. 105 subjects participated in GAMA activities between March and December 2003, including mothers, fathers, grandparents, siblings, cousins, nephews and nieces. The analysis of these interviews gave rise to two categories and their respective themes: 1. Being a bedside accompanying mother of a premature child and low birth weight: suffering caused by separation from the family and support received; the mother's room as a prison; not allowing for the possibility of discharge without the child; the mother's room as a space for new friendship, advice and conflicts; 2. The maternal experience in GAMA: the listening strategy as a therapy; the hospital as a space for laughing and relaxing; getting strength and establishing affective bonds. Clinical professionals can and must make use of support strategies through listening and leisure activities, in a broader conception of doing health in the hospital context.

Keywords: Neonatal nursing, Prematurity, Low birth weight, Self-help groups, Mother with child in hospital.

RESUMEN

Vasconcelos, M. G. L. **Implantación de un grupo de apoyo a la madre acompañante del prematuro y bajo peso al nacer en un hospital amigo del niño en Recife/PE.** 2004. 165 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

La creación de estrategias de apoyo se hace muy importante en la perspectiva de la atención humanizada a la madre y familia en las unidades neonatales. Por lo tanto, las finalidades de este estudio son: describir la experiencia de implantación de un grupo de apoyo a la madre acompañante (GAMA) en un hospital amigo del niño en Recife/PE, identificar el significado de ser madre acompañante y analizar los significados atribuidos a la vivencia en el grupo. Fue utilizado la aproximación cualitativa en el delineamiento de una investigación-acción. El estudio fue realizado en la Unidad de Internación Neonatal (UIN) del *Hospital das Clínicas* de la Universidad Federal de Pernambuco (UFPE) en Recife/PE, Brasil. Los datos fueron recopilados mediante observación y entrevistas grabadas con 16 madres acompañantes que participaron de cinco o más reuniones, dirigidas por dos cuestionamientos norteadoras. Los discursos fueron sometidos al análisis de contenido, modalidad del análisis temático. El proyecto fue implantado por la investigadora congregando a un equipo multiprofesional y alumnos de pregrado de los cursos de enfermería, biología y comunicación social de la UFPE. En el período de marzo a diciembre de 2003, participaron de las actividades del GAMA 105 sujetos, incluyendo madres, padres, abuelos, hermanos, primos y cuñados. Del análisis de las entrevistas surgieron dos categorías con sus respectivos temas: 1. Ser madre acompañante del hijo prematuro y bajo peso al nacer: el sufrimiento causado por la separación de la familia y el apoyo recibido; el alojamiento materno como cárcel; no admitiendo la posibilidad de alta sin el hijo; el alojamiento materno como espacio de nuevas amistades, aconsejamiento y conflictos; 2. La vivencia materna en el GAMA: la estrategia de la escucha como terapia; el hospital como espacio para la risa y la desconstrucción; la adquisición de fuerza y establecimiento de vínculos afectivos. Fue considerado que estrategias de apoyo a través de la escucha y de actividades de ocio pueden y deben ser accedidas por los profesionales en la práctica clínica, dentro de una concepción ampliada del hacer salud en el contexto hospitalario.

Términos-clave: Enfermería neonatal, Premadurez, Bajo peso al nacer, Grupos de autoayuda, Madre acompañando hijo en hospital.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Assuntos abordados e atividades desenvolvidas pelo GAMA, número de reuniões e participantes, no período de março a dezembro de 2003.....	89
Quadro 2 – Características das mães acompanhantes entrevistadas no GAMA. HC/UFPE, 2003.....	92
Quadro 3 – Características dos recém-nascidos prematuros e baixo peso ao nascer. HC/UFPE, 2003.....	93

LISTA DE SIGLAS

UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UIN	Unidade de Internação Neonatal
HC	Hospital das Clínicas
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
OMS	Organização Mundial da Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
BPN	Baixo Peso ao Nascer
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
USP	Universidade de São Paulo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GAMA	Grupo de Apoio à Mãe Acompanhante
CLAP	Centro Latino Americano de Perinatologia
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNHAN	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO	28
2.1 A prematuridade e o baixo peso ao nascer como problema de saúde pública.....	29
2.2 A família do recém-nascido pré-termo e de baixo peso: do nascimento à hospitalização.....	36
2.3 Estratégias de apoio à família.....	51
2.4 Objetivos.....	58
3 PERCURSO METOLÓGICO.....	59
3.1 Quadro teórico-metodológico.....	60
3.2 Contexto da investigação.....	68
3.3 Coleta de dados.....	71
3.4 Análise dos dados.....	73
3.5 Aspectos éticos.....	75
4 INOVANDO A ASSISTÊNCIA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL.....	76
4.1 A implantação do GAMA	77
4.1.1 Os passos da operacionalização	78
4.1.2 A consolidação do GAMA.....	85
4.2 O ser mãe acompanhante do filho prematuro e de baixo peso ao nascer.....	91
4.2.1 O sofrimento pela separação da família e o apoio recebido	95
4.2.2 O alojamento materno como prisão.....	97
4.2.3 Não admitindo a possibilidade de alta sem o filho.....	100
4.2.4 O alojamento materno enquanto espaço de novas amizades, aconselhamento e conflitos.....	101
4.3 A vivência materna no GAMA.....	104
4.3.1 A estratégia da escuta como terapia.....	105
4.3.2 O hospital como espaço para o riso e a descontração.....	107
4.3.3 A aquisição de força e o estabelecimento de vínculos afetivos.....	112

5 REFLETINDO SOBRE A AÇÃO DO GAMA.....	114
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
REFERÊNCIAS.....	134
ANEXOS.....	150
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	151
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	152
ANEXO C – Fotografias.....	153
ANEXO D - Declaração da Pró-Reitoria de Extensão/Universidade Federal de Pernambuco.....	158
ANEXO E - Descrição das famílias participantes.....	159

1 INTRODUÇÃO

O homem não teria alcançado o possível, se repetidas vezes não tivesse tentado o impossível.
Max Weber

Na trajetória percorrida desde o início de minha atuação profissional como enfermeira assistencial e, posteriormente, como docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), as questões relativas à Neonatologia sempre incitaram meu desejo de saber mais e de aprofundar o conhecimento nessa área.

Assim, desde 1994, ministro disciplinas e acompanho as atividades teórico-práticas dos alunos de graduação na Unidade de Internação Neonatal (UIN) do Hospital das Clínicas (HC/UFPE), credenciado como Hospital Amigo da Criança (Portaria nº 171, de 29/05/2000) por desenvolver ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno (BRASIL, 2000).

A assinatura da Declaração de Innocenti, na Itália, em 1990, contemplou o Brasil como um dos 12 países indicados para implementar a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), cujo objetivo foi mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde a mudarem condutas e rotinas que elevassem os índices de desmame no país (BRASIL, 2002a).

Em atenção aos preceitos instituídos pela IHAC, os diretores, gerentes, docentes, técnicos e funcionários da maternidade e da UIN do HC/UFPE receberam capacitação nesse sentido e assumiram o compromisso de cumprir integralmente os “Dez passos para o aleitamento materno bem sucedido”, que incluem: a garantia de que as mães e os recém-nascidos possam permanecer sempre juntos, que as mães tenham liberdade para iniciar a amamentação de seus bebês imediatamente após o parto e que os neonatos continuem a ser

alimentados exclusivamente com leite materno, em livre demanda, durante toda permanência no hospital (BRASIL, 2002a).

Nesse serviço de alta complexidade assistencial, referência para o atendimento à gestante de alto risco (Portaria nº 401, de 10/05/2002) (BRASIL, 2002b), o recém-nascido de risco permanece, muitas vezes, internado por longos períodos e a mãe, mesmo após a alta hospitalar, continua acompanhando o filho, dando-lhe seu leite e sendo estimulada a manter o aleitamento materno exclusivo, pelo menos até o sexto mês de vida.

A maternidade do HC/UFPE disponibiliza, para essa clientela, seis leitos que alojam as mães acompanhantes dos recém-nascidos de risco, localizados em área próxima a UIN, cumprindo o que determina o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Capítulo I, do Direito à Vida e à Saúde (BRASIL, 1990, p. 15-16):

Art. 10 – Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares são obrigados a: parágrafo V - Manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

Art.12 - Os estabelecimentos à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, através da Resolução nº 41, de 17/10/1995, reforça os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, no que diz respeito ao direito desta ser acompanhada por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de hospitalização, bem como de receber visitas. Reforça, ainda, o direito de não ser separada de sua mãe, ao nascer, e de receber aleitamento materno, sem restrições (BRASIL, 1995).

Desde cedo, o interesse pelas questões relativas ao aleitamento materno, acompanhou minha prática profissional, de modo que, ao realizar o Curso de Mestrado em Nutrição em Saúde Pública, participei de um estudo multicêntrico sobre “Condições de vida,

saúde e nutrição da população materno-infantil do estado de Pernambuco”, em 1997, coordenado pelo Departamento de Nutrição/UFPE, que me permitiu traçar o Perfil do aleitamento materno em crianças de 0 a 24 meses de idade, no estado de Pernambuco (VASCONCELOS, 1999).

Na ocasião, encontrei uma duração mediana de 24 dias para o aleitamento materno exclusivo, apesar de verificar tendência crescente na mediana do aleitamento materno total (112 dias). Quando comparei estes achados com os do primeiro diagnóstico realizado no estado em 1990, tornei pública a situação, pois a duração mediana do aleitamento materno total era de 90 dias para região metropolitana do Recife e de 86 dias para o interior. Porém, percebi que esses números estavam aquém dos compromissos internacionais assumidos pelo governo do Brasil, a serem cumpridos até o ano 2000, e para entender tal problemática, procurei a literatura, onde constatei que muitas vezes a mulher incorpora o discurso dos conteúdos técnico-científicos impostos, mas estes por si só não garantem o sucesso na prática da amamentação, uma vez que existem etapas na estrutura emocional, familiar e social que interferem na decisão de amamentar (VASCONCELOS, 1999).

Atuando no HC/UFPE, observei que o processo de hospitalização do recém-nascido pré-termo (RNPT) e de baixo peso ao nascer (BPN) era difícil tanto para a mãe como para a família. Eram momentos permeados sempre por sentimentos de ansiedade, tristeza, medo, dúvida ou revolta, frente à experiência de ter um filho em situação de risco, o que quase sempre dificultava ou retardava o processo da amamentação, que a equipe de saúde procurava estabelecer e manter. Porém, pude observar que as intervenções adotadas na assistência a essa clientela priorizavam apenas a promoção do aleitamento materno exclusivo, não havendo intervenções sistematizadas de apoio à mãe e família, tão necessárias nesse processo.

Pude perceber, ainda, que para as mães, o isolamento e a ociosidade no alojamento materno caracterizavam-se pela rotina imposta, minimizada pela visita do companheiro ou dos familiares, pelas conversas ao telefone público instalado no corredor da maternidade e, às vezes, por momentos de “lazer”, proporcionados por uma televisão fixada distante da unidade neonatal e do alojamento das mães acompanhantes. Algumas mães chegavam a demonstrar impaciência, cansaço físico e mental, ao aguardarem, ansiosas, a estabilidade clínica do bebê, o ganho de peso e a manutenção do aleitamento materno exclusivo, condições indispensáveis à alta hospitalar nas instituições participantes da IHAC. Em conversas informais relataram a esta pesquisadora, que tinham como atividade de rotina apenas “*amamentar, comer e dormir*”, o que faziam por meses a fio, durante sua permanência no alojamento.

Observei, também, as cobranças feitas às mães por alguns profissionais do serviço, que as chamavam à responsabilidade para com a amamentação, estabelecendo-se, assim, momentos de conflitos ou de negociações, que exigiam delas o cumprimento dos seus vários papéis, de mulher, mãe e nutriz.

A rotina imposta (*amamentar, comer e dormir*), juntamente à falta de atividades de lazer, ocasionavam ou exacerbavam o desgaste emocional dessas mães o qual, muitas vezes, aparecia também em outros membros da família, que se mostravam impacientes com a longa espera do seu retorno ao lar, especialmente pelo fato das mães acompanhantes já estarem de alta hospitalar. Diante dos fatos, refletia sobre essa problemática e percebia minhas limitações para intervir e modificar essa realidade.

No ano de 2000, desenvolvi, juntamente com duas docentes do Departamento de Enfermagem da UFPE, um projeto de extensão de serviços à comunidade, com o objetivo de acompanhar no domicílio as crianças nascidas antes do termo e com BPN, até o primeiro ano de vida, egressas da UIN. No início atendia cinco crianças, cujos seguimentos constavam de

visitas mensais até o sexto mês de vida, e trimestrais no semestre subsequente, nos quais priorizava o aleitamento materno, apoio ao crescimento e desenvolvimento, além de fornecer orientações à família sobre os cuidados com a criança.

Ao trabalhar junto à família no domicílio, ouvia, informalmente, as histórias de vida das mães que relataram como se sentiam perdidas e desamparadas, durante a hospitalização de seus filhos, sensações que se prolongavam no período pós-alta. Nesse meu trabalho, encontrei crianças que já haviam sido desmamadas antes do terceiro mês de vida, apesar das inúmeras intervenções de incentivo ao aleitamento materno exclusivo, dados que corroboravam os encontrados por ocasião da minha dissertação de mestrado.

Todos esses momentos foram decisivos para minha vida profissional, pois só assim pude entender o significado das dificuldades vivenciadas pela mãe e família de uma criança nascida antes do termo, que precisava ser alimentada exclusivamente com leite materno para facilitar a sua recuperação.

Em fevereiro de 2001, interrompemos esse projeto de extensão devido à necessidade de me afastar da Universidade para cursar o doutorado em Enfermagem em Saúde Pública na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

A minha aprovação no doutorado possibilitou que aprofundasse meus conhecimentos acadêmicos na área, pois além das disciplinas obrigatórias, cursei outras, em outros programas, ampliando o meu olhar em relação à pesquisa e assistência, especificamente sobre o cuidado à tríade mãe-filho-família.

No decorrer do curso, pude participar de grupos de estudos, pesquisa e extensão, em especial do Grupo de Estudos em Enfermagem Neonatal, discutindo temáticas relacionadas aos cuidados ao recém-nascido e sua família. Também, participei do grupo de apoio dirigido à mãe-família conduzido pela enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva

Neonatal (UTIN) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) da USP. Este grupo possibilita a troca de experiências entre as mães; que estas compartilhem seus sentimentos e ainda treinamento para alta. Além disso, facilita o envolvimento dos pais no cuidado progressivo do filho, na perspectiva de um atendimento mais integral e humanizado. Fiz parte de um projeto de extensão do qual participaram alunas do curso de graduação da EERP/USP, cujo objetivo é desenvolver atividades lúdicas, recreacionais e educativas com os pais dos bebês de risco hospitalizados no HCFMRP/USP.

Atuei, ainda, como aluna voluntária do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino da USP, colaborando na supervisão de atividades práticas de alunas de graduação, que estagiavam na unidade neonatal de cuidados intermediários desse serviço, no período de março a junho de 2002.

Neste caminhar, constatei que o cuidado prestado à tríade mãe-filho-família ia além do cuidado curativo, fragmentado e biotecnológico, que caracteriza muitos serviços de assistência materno-infantil, e que o trabalho em grupo se constituía numa ferramenta importante para auxiliar na busca da qualidade e humanização da assistência.

Com base em autores como Scochi (2000) e Gaíva (2002), que discutem a assistência nas unidades neonatais na perspectiva da integralidade e humanização do cuidado, enfocando o processo de trabalho e o modelo de atenção, compreendi que o cuidar em unidade neonatal significa, de forma ampliada, ir além da doença e seu controle, ou seja, rumo ao cuidado holístico, incluindo nesse cuidar a família, como parte do processo de assistir. Tal processo implica novas tecnologias de cuidado, visando à promoção da saúde e à emancipação dos sujeitos.

Ainda, segundo Scochi (2000), à medida que a família vai sendo inserida no espaço das unidades neonatais, ela traz consigo as dificuldades vivenciadas com o nascimento do bebê antes do termo, os sentimentos múltiplos de ter um filho com riscos de danos e morte,

o difícil compromisso de assumir o cuidado cotidiano do recém-nascido, sem contar as dificuldades relacionadas às condições sócio-culturais.

A partir desse novo instrumental teórico acerca do processo de cuidar e do intercâmbio com os serviços, passei a conhecer outras possibilidades de intervenção de enfermagem, o que me permitiu ponderar sobre a qualidade da assistência prestada ao recém-nascido e sua família no HC/UFPE, minha realidade de trabalho.

Esse hospital é intitulado “Amigo da Criança” por mérito legítimo do trabalho que desenvolve, promovendo e estimulando o aleitamento materno, contribuindo, assim, para a redução do desmame precoce no estado, uma vez que suas ações priorizam a atenção à criança, como relatei anteriormente. Em contrapartida, as intervenções relacionadas à mãe limitam-se à orientação de como obter leite e manter a lactação e acompanhar o filho hospitalizado, permanecendo em alojamento específico com direito à alimentação e visitas. As ações de “*amamentar, comer e dormir*”, relatadas pelas mães, descrevem claramente a rotina vivida por elas no serviço.

Assim, constatei a ausência de intervenções direcionadas a elas, para ouvi-las e apoiá-las nesse difícil processo de ter um filho prematuro internado em uma unidade de alta complexidade assistencial, especificamente no atendimento de suas necessidades de mulheres e esposas inseridas em famílias concretas que, em conjunto, vivenciam momentos difíceis com o nascimento de um filho, de modo súbito.

O enfoque da assistência centrado nos aspectos biológicos do ato de amamentar prioriza como função única da mulher a de produzir leite para nutrir o filho, mas segundo Javorski (1997), ele necessita ser revisto para que se amplie o objeto de ação para além do corpo anátomo-fisiológico, a fim de que a mulher não seja vista como um ser isolado no seu contexto social.

Neste sentido, Gaíva (2002) relata que, nos serviços de assistência materno-infantil, onde o aleitamento materno é o grande foco, muito se cobra da mãe em relação à amamentação, mas pouco se oferece a ela e sua família, como suporte.

Scochi (2000) já havia alertado para o fato de a enfermagem, frequentemente, deparar-se com essa problemática, afirmando ser necessário organizar novas estratégias de intervenção, como os grupos de apoio, ferramenta importante por contar com a participação de outros profissionais da área de saúde. Tais práticas foram implantadas em alguns países desenvolvidos, porém são escassas nas unidades neonatais do Brasil.

Diante dessas questões, senti-me motivada a intervir na minha realidade de trabalho, e passei a incluir na assistência o cuidado à família do recém-nascido de risco; assim, procurei implantar um Grupo de Apoio à Mãe Acompanhante (GAMA) para auxiliá-la enquanto permanece no hospital junto ao filho prematuro e de BPN, desenvolvendo atividades de escuta e lazer, procurando humanizar o cuidado.

Portanto, meu objeto de estudo é a assistência à mãe acompanhante do RNPT/BPN em um hospital amigo da criança, que me permitirá identificar o significado de ser mãe acompanhante e analisar o processo de implantação e a vivência materna no GAMA.

Então, para facilitar ao leitor a compreensão da construção deste estudo, sigo apresentando no capítulo dois a revisão da literatura, onde exploro as questões epidemiológicas presentes na prematuridade e no BPN. Assim, caracterizando-os como um problema de saúde pública, abordo as repercussões na família com o nascimento e a hospitalização do recém-nascido. Com base na literatura, aponto as estratégias de apoio direcionadas à família dessas crianças e finalizo apresentando os objetivos do estudo.

Na metodologia, capítulo três, abordo os conceitos essenciais ao estudo, o contexto da investigação, a coleta e análise dos dados empíricos, como também os aspectos éticos da pesquisa.

Quanto aos resultados encontrados no processo de implantação, aos significados atribuídos ao ser mãe acompanhante e à vivência no GAMA, apresento-os, no capítulo quarto.

Seguindo, no capítulo cinco, discuto os achados do estudo à luz da literatura, incluindo as reflexões sobre a compreensão do cuidado com foco na família e humanização da assistência. A conclusão tem por base os capítulos mencionados e, finalizando, teço algumas considerações pertinentes ao estudo, no capítulo seis.

Esta minha trajetória me permitiu compreender que a pesquisa é uma ação coletiva da qual participam vários sujeitos, que auxiliam o pesquisador a configurar o objeto de estudo, a discutir a temática e analisar os dados, por isso adoto na redação do texto que se segue o verbo na primeira pessoa do plural, de caráter menos individual.

2 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

*A prematuridade é um mundo que você nunca sabe que existe,
a menos que a vida faça você mesmo examiná-lo.
Autor desconhecido*

Para contextualização do objeto de estudo, abordaremos as questões que se seguem: a prematuridade e o baixo peso ao nascer como um problema de saúde pública, as dificuldades enfrentadas pela família com o nascimento antes do termo e a hospitalização do bebê em unidade intensiva neonatal e, ainda, as estratégias de apoio a essa família, com base na revisão da literatura.

2.1 A prematuridade e o baixo peso ao nascer como problema de saúde pública

O Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP) da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e OMS conceitua risco como a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado e estima o risco ou a probabilidade acerca da existência de uma doença, através dos coeficientes de incidência e prevalência. Considera, ainda, como fator de risco toda característica ou circunstância que aumenta a probabilidade de ocorrência do fato indesejado (ROUQUAYROL, 1994).

O recém-nascido de alto risco, para Kenner (2001), é aquele que tem maior chance de morrer durante ou logo após o parto, seja por um problema congênito ou perinatal, e que necessita de intervenção imediata.

Segundo estimativa do médico do CLAP, Haroldo Capurro, anualmente nascem cerca de 140 milhões de crianças em todo o mundo, sendo 19 milhões nos países desenvolvidos, 14 milhões naqueles com mínimo desenvolvimento e 106,4 milhões nos países em desenvolvimento. Na vida fetal, 4,3 milhões de fetos morrem depois da vigésima segunda

semana de gestação e, após o nascimento, 3,3 milhões morrem antes de completar a primeira semana de vida, ocorrendo a maioria destes óbitos em países com mínimo desenvolvimento ou ainda em desenvolvimento (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1999).

Nesse sentido, a análise da situação da morbimortalidade infantil torna-se necessária para que compreendamos os graves problemas de saúde que persistem em vários países, inclusive no Brasil, representando um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade, dentre os quais a prematuridade e o BPN participam com parcela significativa, como demonstram inúmeros estudos epidemiológicos.

Vale salientar que a mortalidade infantil, no Brasil, vem apresentando redução significativa com a implantação dos programas de promoção à saúde, pois de uma taxa de 85 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos, no início dos anos 80, passamos para 37,5 por mil nascidos vivos, em 1996. A redução mais expressiva da mortalidade infantil, entre 1990/1996, ocorreu no período pós-neonatal (de 28 dias até menos de um ano de vida). Desde 1993, há predomínio da mortalidade neonatal (menos de um dia de vida até 27 dias), em especial no período precoce (primeira semana de vida), cujo índice aumentou de 15 para 17 por mil nascidos vivos, em 1993 e 1996, respectivamente. Entre as principais causas encontram-se as afecções perinatais, representando 72% da mortalidade neonatal e mais de 50% como causa dos óbitos ocorridos no primeiro ano de vida, em todas as regiões do país. Em 1995, dentre as principais afecções perinatais, destacam-se as respiratórias do feto e do recém-nascido (25%), a doença da membrana hialina (21%) e a prematuridade e BPN (13%). No que diz respeito a estas duas últimas, podem ser reduzidas com assistência de boa qualidade ao pré-natal e ao parto (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1999).

Segundo resultados preliminares dos Censos Demográficos e da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, em 2001, a mortalidade infantil foi estimada em 32,7 óbitos por mil nascidos vivos. Nos menores de cinco anos, dentre as principais causas de óbitos

destacam-se as afecções perinatais, respondendo por 45,3% e 35,7% dos óbitos, em 1999 e 2001, respectivamente; neste último ano representou a quarta causa de internações na rede do Sistema Único de Saúde (MARANHÃO, 2004).

As internações dos RNPT representam um número expressivo nas unidades neonatais, devido ao risco da adaptação desses bebês à vida extra-uterina, decorrente da imaturidade anátomo-fisiológica e do próprio processo de diagnóstico e da terapêutica. Em sua evolução clínica, a criança nascida antes do termo está exposta a riscos e danos decorrentes de sua condição biológica e social, sendo indispensável o seguimento através de uma equipe multiprofissional, visando ao diagnóstico e às intervenções precoces. O estudo de Mello (1998), realizado através de seguimento de crianças prematuras e de baixo peso, enfatiza que esse não deve ser apenas tangencial, esporádico e normativo, mas contemplar um novo modelo de seguimento com a participação da família, com avanços na questão da referência e contra-referência, com a ampliação da perspectiva de cidadania e com a produção em saúde acolhedora e humanizada, para um adequado crescimento e desenvolvimento dessas crianças.

O RNPT pode apresentar uma série de complicações após o nascimento, tais como: hipóxia, resfriamento, distúrbios respiratórios, metabólicos, hidroeletrólíticos, infecções, hiperbilirrubinemia, entre outras, e, muitas vezes associado à prematuridade, encontramos o BPN, fato que acentua ainda mais os riscos de morbimortalidade infantil (COUTINHO, 1996; VICTORA; BARROS; HALPERN, 1996; LIMA; TADDEI, 1998; FLORES, 1999; ARAÚJO; BOZZETTI, 2000; MARINO, 2001).

Estudos apontam que essas crianças apresentam maior ocorrência de distúrbios neurológicos, sensoriais e deficiências visuais e auditivas, em longo prazo (ALBERMAN; EVANS, 1992), por isso ressaltamos a importância do acompanhamento de uma equipe

multiprofissional preparada para atender não só as suas necessidades como também da família que se depara com inúmeras situações desgastantes e difíceis, como apresentaremos adiante.

À medida que a medicina desenvolve tratamentos dirigidos aos problemas perinatais (período que vai da vigésima segunda semana de gestação até o sétimo dia de vida), buscando melhorar a sobrevida aos recém-nascidos, percebemos que vem obtendo sucesso nessa questão, pois no passado essa população morria algumas horas ou dias após o nascimento e hoje sobrevive (KENNER, 2001). O desenvolvimento da indústria de equipamentos e insumos médico-hospitalares e a capacitação e atualização das equipes multiprofissionais também muito contribuíram para a sobrevida dos recém-nascidos de alto risco, entre eles os prematuros.

Nestes casos, o foco da assistência volta-se na maioria das vezes, aos aspectos biológicos da prematuridade, relegando a segundo plano os aspectos ligados ao cuidado da família, que acreditamos que sejam necessários para a humanização da assistência prestada. Nos dias atuais, este tema vem sendo discutido com frequência entre os profissionais e as instituições de saúde, com a finalidade de transformar essa realidade.

Ainda, em relação à morbimortalidade, devemos considerar as precárias condições de vida dos indivíduos, que podem elevar a incidência da prematuridade e do BPN, constituindo-se em problema de saúde pública em alguns países (ALBERMAN; EVANS, 1992).

Apesar de ter decrescido os índices de mortalidade no Brasil, as maternidades dos grandes centros continuam registrando o nascimento de muitas crianças antes do termo e com BPN, já que são elas que as recebem, porque os hospitais mais afastados não dispõem de unidades especializadas para atendê-las.

Por sua vez, o BPN constitui-se num dos indicadores do estado de saúde da população e um predecessor da mortalidade na infância, dados que indicam a resolutividade e

cobertura dos programas assistenciais na área materno-infantil, sendo também utilizados na avaliação desses programas (LIMA; MARINO; LUCENA, 1998).

O UNICEF estabeleceu em 10% a incidência aceitável de BPN, porém sua ocorrência difere entre países, regiões de um mesmo país, tendo seus índices decrescido em consequência do desenvolvimento econômico e da melhoria da qualidade de vida da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988, ALBERMAN; EVANS, 1992).

Lima, Marino e Lucena (1998), utilizando estudos populacionais publicados no período de 1990 a 1996, verificaram que, no Brasil, existiam diferentes incidências de BPN de uma região para outra, cuja média variava de 10 a 12%, respectivamente, com maior incidência na região Nordeste (12%). Investigando as condições socioeconômicas das famílias, os autores apontaram que o BPN estava mais presente nos grupos populacionais menos favorecidos. Ao analisarem o tempo de hospitalização infantil, os autores constataram que este foi maior entre as crianças com BPN, quando comparado àquelas com peso normal.

Em 2001, a incidência de BPN foi de 7,8% (BRASIL, 2002c), evidenciando tendência de decréscimo desse indicador, atingindo a meta estabelecida pelo UNICEF no Pacto pela Infância. Apesar disso, cerca de 270 mil bebês ainda nascem com baixo peso e há diferenças regionais acentuadas.

Estudo realizado no HC/UFPE mostrou que neste hospital, em 2000, a incidência de BPN foi de 14,5%, maior que a da cidade de Recife (8,4%) e a do estado de Pernambuco (7,0%). Isso se deve ao fato de aquela instituição ser um hospital de referência terciária para atenção perinatal, como colocamos anteriormente na introdução deste trabalho (PISCOYA; SILVA, 2000).

Constatamos que a prematuridade também apresenta incidência elevada nos estados da região Nordeste, como demonstra o estudo de Lins, Medeiros Filho e Batista (2001), realizado no período de agosto de 1998 a abril de 1999, no estado da Paraíba. Estes

autores encontraram incidência global de prematuridade de 16,4%, atingindo a cifra de 28,5% em recém-nascidos de mães com faixa etária entre 14 e 15 anos.

Um estudo de coorte envolvendo 5545 recém-nascidos acompanhados por até sete dias de vida, desenvolvido por Araújo e Bozzetti (2000) no município de Caxias de Sul, registrou uma incidência de partos prematuros e de BPN de 9,4% e 8,1%, respectivamente, apontando como principais causas de óbito a doença da membrana hialina, seguida pelas cardiopatias congênitas, prematuridade extrema e descolamento prematuro de placenta. Os autores referem que muitas dessas mortes poderiam ter sido evitadas se as mães recebessem melhor atendimento no pré-natal, no parto e na assistência ao recém-nascido.

Ao traçar o perfil de RNPTs que haviam nascidos na UIN/HC/UFPE em 2000, Silva, Piscoya e Simões (2000) descrevem a prematuridade como um sério problema de saúde pública, encontrando uma incidência de 10,37%.

Frente a essa problemática, Scochi (2000) mencionou que muitos dos fatores de risco relacionados à prematuridade e ao BPN envolvem também dimensões sociais, políticas e institucionais, e recomenda que não se devam separar os efeitos dos fatores fisiológicos do nascimento pré-termo e de baixo peso daqueles relativos ao meio ambiente, pois um potencializa o outro, caracterizando duplo risco. A autora vislumbra a possibilidade de transformações na visão dos profissionais a respeito da prematuridade e do BPN, pois estes problemas podem passar de uma noção de risco individual a nova compreensão, a de vulnerabilidade social. Assim, quando planejarmos estratégias de prevenção para o BPN não devemos priorizar as ações dirigidas apenas aos grupos de risco, mas, sim, à população em geral, incluindo aí a família.

A autora, com base em seus estudos, concluiu que a incidência da prematuridade e BPN somada aos riscos a que esse grupo populacional está sujeito repercute, sobremaneira, na mortalidade infantil e neonatal e ainda nos danos do processo de crescimento e

desenvolvimento da criança. Estes, somados aos altos custos da assistência, tanto os sócioeconômicos como os emocionais, fazem do BPN e da prematuridade um problema de saúde pública (SCOCHI, 2000).

Sob o aspecto econômico, Avery (1999) assinala que o custo do cuidado intensivo neonatal não pode ser calculado apenas pelo valor monetário, uma vez que envolve também muito sofrimento humano. Concordamos com o autor, pois, em atuação profissional, mais precisamente no ensino teórico-prático junto aos alunos de graduação na UIN/HC/UFPE, pudemos vivenciar o sofrimento das mães, com repercussão para toda a família, o que muito nos sensibilizou.

Nesta perspectiva, Baldini e Krebs (2000) referem que o nascimento de uma criança gravemente doente pode alterar profundamente a dinâmica familiar, considerando que após o nascimento do filho prematuro, os pais entram num estágio de luto porque não era aquela a criança que esperavam. Neste contexto, é extremamente necessário que os membros da equipe compreendam as reações familiares, a fim de evitarem sentimentos negativos neste núcleo, pois seu papel é dar apoio nos momentos de crise.

Nossa preocupação, no presente estudo, está voltada aos pais que vivenciam o nascimento de um filho prematuro e de BPN e à hospitalização prolongada deste, em UTIN de alta complexidade. Em algumas instituições, como no HC/UFPE, a mãe acompanha o filho durante todo o processo da hospitalização, permanecendo no alojamento anexo à maternidade, como referido anteriormente. Por esse motivo, acreditamos ser indispensável criar estratégias de atendimento que visam dar suporte à mãe e conseqüentemente à família, assim como ampliar e humanizar o cuidado na unidade neonatal. Porém, para que isso ocorra, precisamos conhecer um pouco mais o núcleo familiar quanto aos impactos do nascimento de um filho prematuro e de BPN, bem como da permanência dele em UIN, aspectos que abordamos a seguir.

2.2 A família do recém-nascido pré-termo e de baixo peso: do nascimento à hospitalização

A trajetória da maternidade e da paternidade, geralmente, faz nascer nos casais esperanças e fantasias face ao nascimento dos filhos, que vão se inserindo na sua vida em diferentes momentos.

Tanto a maternidade como a paternidade, importante momento existencial, podem proporcionar ao homem e à mulher oportunidade de atingirem novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. Com a gravidez, inicia-se a formação do vínculo pais-filho e a reestruturação da rede de intercomunicação da família, ponto de partida para o equilíbrio da dinâmica da unidade familiar (DIAS, 2000).

Entretanto, para compreender a dimensão e a particularidade de alguns conceitos encontrados na literatura é importante buscarmos definições para família. Entre os vários conceitos citados, descrevemos o que se baseia na complexidade do equilíbrio dinâmico e na capacidade adaptativa dos seus membros às mudanças na existência humana. De acordo com Maldonado (1989, p. 19), “[...] *família é um organismo vivo que se reforma, adequando-se às modificações do crescimento dos filhos, do envelhecimento dos pais e às inúmeras mudanças da própria vida*”.

Para Kendall, Linder e Murray (1998, p. 401), “[...] *famílias são relacionamentos em que pessoas vivem juntas, comprometidas, formam uma unidade econômica, cuidam dos mais jovens, se identificam entre si e no grupo a que pertencem*”.

Segundo Wong (1999), a família é uma constante na vida da criança, ao contrário dos sistemas de serviços e pessoal, que são flutuantes; ela se constitui numa fonte importante tanto para o bem-estar físico como emocional de seus membros.

A família é um sistema que se move através do tempo, por meio de estágios do ciclo de vida familiar, os quais apresentam demandas próprias frente à diversidade das

famílias. Num processo dinâmico de evolução, as dificuldades e o estresse familiar contribuem para a transição de um estágio para outro, fazendo com que todos os membros se reorganizem para prosseguir no seu desenvolvimento. São citados, como fases de mudanças, os ciclos: sair de casa – jovens solteiros, a união de famílias – o novo casal, famílias com filhos pequenos, famílias com filhos adolescentes, encaminhamento dos filhos e famílias no fim da vida (CARTER; MCGOLDRICK, 2001).

Wright e Leahey (2002) vêem a família como um sistema, definido como um complexo de elementos em mútua interação. Aplicando esta definição às famílias, cada uma é uma unidade, cujo foco de atenção deve recair sobre a interação entre seus membros, constituindo cada membro da família, por sua vez, um subsistema e um sistema. As autoras consideram que um sistema individual pode ser tanto uma parte como um todo, tal como uma família e a caracterizam apresentando cinco conceitos:

1. Um sistema familiar é parte de um supra-sistema mais amplo que, por sua vez, é composto por muitos subsistemas.
2. A família, como um todo, é maior que a soma de suas partes.
3. A mudança em um membro afeta a todos na família.
4. A família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade.
5. Os comportamentos dos membros da família são melhor compreendidos sob o ponto de vista de uma causalidade circular e não linear.

Todos os conceitos acima relacionados têm sua importância, compondo o fundamento teórico no trabalho junto à família. Neste estudo, desenvolvemos ações com a mãe acompanhante do RNPT, porém, com base nos autores citados, depreendemos que ao olhar para a mãe acompanhando seu bebê está implícito o envolvimento da tríade mãe-RNPT-família. Entretanto, não adotamos um conceito único de família, pois entendemos que este deve ser suficientemente amplo para abranger as pessoas significativas e importantes para a

mãe acompanhante. E, consideramos, a mãe acompanhante, instrumento importante para promover um cuidado humanizado extensivo à família.

Neste sentido, Nascimento, Rocha e Hayes (2002) apontam que estudos cujos informantes são apenas indivíduos fornecem importantes contribuições para o entendimento de alguns aspectos da família, porém não elucidam a real compreensão do que se passa na dinâmica familiar como um todo.

Retomando a questão anterior, já na gestação de uma criança, vemos que os pais apresentam expectativas ambivalentes, ou seja, têm dupla orientação no querer e no sentir. O querer diz respeito ao nascimento de um filho saudável, enquanto o sentir diz respeito ao temor do nascimento de um filho doente ou malformado. Até o nascimento, a família vive a dicotomia entre a euforia da espera e a inquietação da chegada do novo membro, fase que mostra como se processa na família a dinâmica da chegada de um novo membro.

O nascimento é um período de muita significação, no qual os símbolos, os significados e as experiências compartilhadas delineiam o grupo de pertença das pessoas (MONTICELLI, 1994). O que nos permitirá compreender como os membros da família se identificam e se relacionam entre si, inclusive nos momentos de dificuldades, como no caso do nascimento abrupto de uma criança.

Referindo-se ao nascimento de uma criança sadia, Bradt (2001) afirma que no ciclo familiar não existe estágio algum que provoque mudança mais profunda, ou que tenha um desafio maior para as famílias do que a chegada de uma criança. E no caso do nascimento de um recém-nascido de risco, seja prematuro ou doente, a família se vê frente a uma experiência desgastante e desafiadora, que resultará em sensações múltiplas; a primeira delas é a preocupação dos pais com a sobrevivência do prematuro (KLAUS; KENNEL, 2000).

Assim, o filho prematuro será visto pelos pais como um bebê frágil e pequeno, cujo nascimento teve seu ritmo natural alterado, fato que provocará mudanças no

funcionamento familiar e nos relacionamentos pessoais, que podem se prolongar com a internação do bebê na UTIN. Tais mudanças podem resultar em crise, gerar preocupação e dificuldades e levar à não aceitação do filho (KLAUS; KENNEL, 1993; LAMY, 1995).

Nesse sentido, Maldonado (1989, p. 41) refere que:

[...] mesmo quando nasce um bebê saudável e a termo, os pais têm que fazer um ajuste entre o bebê imaginado e o bebê real. Estas duas imagens são, por vezes, tão diferentes que o primeiro encontro com o filho traz decepção. Os pais do prematuro enfrentam, em grau muito maior, a diferença entre o esperado e o real; é um trabalho de luto pelo ideal perdido, no caminho de adaptação a uma realidade com muitas frustrações.

Logo, na busca de uma assistência mais voltada para a humanização nas unidades neonatais, Lamy, Gomes e Carvalho (1997) mencionam como os pais percebem a internação dos filhos, referindo que estes devem ter um espaço para perguntar, ouvir e relatar suas necessidades individuais.

Este caminho já vem sendo trilhado por alguns pesquisadores, como é o caso de Gomes (1992) que, através da abordagem fenomenológica, investigou qual o significado da internação de recém-nascidos de risco em uma UTIN, para os pais. A autora sintetizou, assim, as unidades de significado emergidas nos discursos dos sujeitos: a UTIN como local que preserva a vida e dispensa cuidados especiais ao filho; as dificuldades para enfrentar a internação do filho; a necessidade de obter esclarecimentos sobre o quadro clínico do filho; os sentimentos de revolta, culpa e angústia ou dúvidas, medo e preocupações com o prognóstico do filho; os sentimentos de esperança e de aceitação; a percepção de que o nascimento do filho trouxe-lhes mudanças na vida pessoal, familiar e profissional; o sentimento de impotência perante o sofrimento do filho; o sentimento de desespero ao ver o filho ligado a sofisticados aparelhos para mantê-lo vivo; o sentimento de incapacidade para cuidar do filho prematuro ou doente; e o sentimento de alegria e felicidade pela evolução favorável do estado de saúde do filho. Ao final do estudo, Gomes concluiu que o sentimento de incapacidade

apresentado pelos pais durante a internação do filho na UTIN, poderia ter sido minimizado se lhes fosse dada à chance de decidirem sobre o curso da assistência prestada, de estarem junto do filho sem medos e serem apoiados pela equipe da unidade.

Assim, percebemos que a dinâmica familiar se vê ameaçada quando seu cotidiano é quebrado por alguma experiência desfavorável com um dos seus membros, exigindo da família mobilização na sua estrutura em busca de um novo equilíbrio dinâmico. Acreditamos que, neste caso, é indispensável o suporte dos profissionais, para auxiliá-los.

Posteriormente, ao analisar as repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido de risco na UTIN, a mesma autora constatou que no cotidiano da família surgem ansiedade, preocupação e dificuldade no convívio com uma criança doente, alterações que podem modificar, também, o padrão de sono e repouso da família, acarretando falta de concentração nas atividades. Os pais referiram que se ausentavam do emprego para estarem com o filho na UTIN, ou que se sentiam sem disposição para o trabalho; relatos evidenciados mais entre as mulheres que, historicamente, são responsáveis pelo cuidado da família. O filho na UTIN provoca desorganização familiar e conflito de papéis, principalmente quando a mulher deixa suas atividades domésticas para permanecer com o filho hospitalizado, situação que leva o pai a se considerar abandonado pela mulher. Por sua vez, a tensão vivida por ela, reflete-se no seu corpo, ocasionando, muitas vezes, um esgotamento físico. As famílias expressam que o nascimento prematuro causa conflitos e desentendimentos entre o casal, provocando mútua culpabilização (GOMES, 1999).

Baldini e Krebs (2000), analisando as reações psicológicas dos pais de recém-nascidos de risco em UTIN, confirmam que o nascimento de uma criança gravemente doente costuma provocar profundas alterações na dinâmica familiar, referindo que os pais entram num estágio de luto após o nascimento do filho, que pode ser tão intenso quanto o luto da morte real da criança.

Kenner (2001) coloca que o nascimento de um recém-nascido de risco pode parecer uma tragédia para a família, pois, no transcurso da gravidez, esta cria expectativas de ter um filho com as características familiares, com capacidades similares às dos familiares, assim como de poder compartilhar interesses comuns. Após o nascimento, a família experimenta a perda do filho perfeito, o filho dos seus sonhos. Para esse autor, existem vários estágios de reação de pesar e a família, nesta situação, pode vivenciar diversos estágios de uma só vez ou regredir a estágios já experimentados. A autora descreve como estágios:

- ✓ Negação – neste primeiro estágio, os pais negam a realidade ou a gravidade da condição do filho, guardando a esperança de que ele possa melhorar. Desse modo, eles se protegem para enfrentar a situação.
- ✓ Raiva – conscientes da situação, os pais atingem o estágio de raiva, que pode tomar a forma de ressentimento, amargura, culpa ou inveja, atribuindo a alguém ou a alguma coisa a responsabilidade pela condição da criança. Podem dirigir sua raiva ao mundo exterior ou internalizar seus sentimentos, tornando-se deprimidos ou oprimidos pela culpa da condição do filho.
- ✓ Negociação – envolve crenças religiosas ou o desejo de tentar novas formas de terapêutica médica.
- ✓ Depressão – neste estágio predominam sentimentos de desesperança, impotência ou desespero. Alguns pais traduzem seus sentimentos em palavras; outros, não se comunicam e desejam ficar a sós e há os que negligenciam a sua aparência. Este estágio representa um avanço real em direção à aceitação, desde que não se prolongue por muito tempo.
- ✓ Aceitação – pode levar meses ou até dois anos para ser atingido. É marcado pela volta à atividade normal cotidiana e pela diminuição da preocupação com a perda. Dependendo da condição da criança, os pais necessitam de adaptação e enfrentamento.

Os pais podem usar mecanismos de enfrentamento para lidar com a tristeza e a preocupação de terem um filho recém-nascido de alto risco, tais como: a negação, a raiva e a culpa – estágios de pesar, enquanto o afastamento, o quarto mecanismo, é uma manifestação de depressão. Por fim, a intelectualização - quinto método de enfrentamento, ocorre quando alguns pais tentam se afastar das emoções dolorosas que sentem, procurando um significado para a situação, e assim buscam conhecer e se concentrar em assuntos, como valores sanguíneos e níveis de oxigênio da criança. Os que integram este último grupo necessitam ter certeza de que vão receber informações precisas e que suas perguntas serão respondidas. Às vezes, precisam de ajuda para voltarem a se concentrar novamente no recém-nascido (KENNER, 2001).

Outros aspectos importantes em relação a esses recém-nascidos e suas famílias, dizem respeito ao ambiente que os aloja e aos longos períodos de internações, necessários devido aos cuidados especiais dispensados à criança, como destacamos na sequência.

A UTIN é vista pelos pais como um local que preserva a vida e dispensa cuidados especiais aos recém-nascidos, porém esse ambiente que passa a fazer parte do seu cotidiano é difícil de se habitar e difere do seu mundo familiar. Embora confiando no cuidado especializado, proporcionado pela equipe profissional, os pais sentem-se desesperados por ver o filho sofrer e por se sentirem impotentes para aliviar sua dor (GOMES, 1992).

Apesar das modernas UTINs serem equipadas com tecnologia de ponta e se constituírem num marco na assistência ao recém-nascido de risco, repercutindo favoravelmente em sua maior sobrevida, estudos têm apontado que esse ambiente pode ser inadequado ao crescimento e desenvolvimento do neonato, em decorrência da iluminação contínua, dos ruídos e manipulações excessivas, dentre outros fatores (WOLKE, 1987; MOURADIAN; ALS, 1994).

Meyerhof (1996), estudando a qualidade de vida de recém-nascidos em uma UTIN, observou os seguintes aspectos no ambiente: a iluminação, os ruídos excessivos, as disposições espaciais dos berços e incubadoras, a rotina dos cuidados diários prestados ao neonato, a rotina da equipe neonatal e a presença dos pais na unidade. A partir dessa observação, a autora implantou um programa de intervenção que resultou na redução do tempo de internação do neonato, o que lhe possibilitou melhoria da qualidade de vida; diminuição do risco de contrair infecções hospitalares e do tempo de permanência na incubadora, facilitando o contato físico entre o bebê e os pais; diminuição das consequências negativas do som contínuo deste aparelho; presença constante dos pais na UTIN, favorecendo a instalação do tripé criança/família/unidade neonatal, peça fundamental para desenvolver uma ação coordenada de colaboração presente e futura; além de inclusão menos traumática da família nesse local.

O espaço da UTIN também é gerador de conflitos e negociações entre os próprios membros da equipe de saúde, entre os profissionais e os pais e entre as mães, segundo Lamy (2000). Os achados desta autora mostram que muitos conflitos surgiram pela simples presença da mãe na unidade. Avaliando a percepção do espaço, segundo a ótica dos sujeitos, a UTIN se apresentou como um lugar de aprendizagem, sofrimento e esperança. A nossa vivência prática nos permite concordar com a autora, pois os aspectos que ela apresenta são semelhantes aos que encontramos no nosso cotidiano.

Baldini e Krebs (2000) reportam que a UTIN é um local que dispõe de tecnologia avançada para o cuidado dos recém-nascidos, porém, esses aparatos podem causar impacto tanto físicos como psicológicos das famílias, bem como da equipe de saúde. O barulho, os alarmes e a luz dificultam a diferenciação entre o dia e a noite e a sobrecarga sensorial pode levar à monotonia perceptiva e privação sensorial. As autoras, citando Vestal, referem que a internação nessa unidade costuma provocar medo, não apenas pelo ambiente físico

desconhecido e gravidade dos casos, mas também porque as famílias perdem o contato com o filho, que passa, segundo as mesmas, a “pertencer” ao corpo de médicos e enfermeiras. Aspectos semelhantes também foram observados por Gomes (1999), nos seus estudos.

Quando o processo de trabalho está focado no diagnóstico e na terapêutica cuja finalidade é a recuperação e o controle da doença, a equipe de saúde e a instituição hospitalar apropriam-se do corpo do prematuro, configurando-se num verdadeiro “seqüestro” desse ser (SCOCHI, 2000). E é esse modelo de atenção que reforça a percepção familiar de que a equipe de saúde apropria-se do bebê.

Ao estudar as características tecnológicas do processo de trabalho em unidades neonatais, Rocha, Scochi e Souza (1999) constataram que as necessidades que requerem procedimentos invasivos, equipamentos inovadores e equipe com longo tempo de treinamento são qualificadas de alta complexidade, cujo objetivo sempre é a preocupação com o estabelecimento das funções orgânicas do recém-nascido.

Santos e Santos (1998) também observaram que, durante a permanência do bebê em unidade de cuidado intermediário neonatal, a equipe de saúde inquietava-se, sobremaneira, com os aspectos fisiológicos, como função cardiorrespiratória, ganho ponderal, entre outros. Preocupada com sua rotina de trabalho, a equipe não percebia que o neonato continuava crescendo, desenvolvendo sua emotividade e necessitando de intervenções que favorecessem esse processo. Estes autores concluíram que a prática de enfermagem centrava-se nos aspectos técnicos e biológicos, especificamente, numa postura mecanicista, em detrimento de uma abordagem holística que recomenda a inserção de uma relação efetiva e afetiva dos profissionais com o cliente.

Alguns estudos apontam que, no cuidado do recém-nascido de risco a especialização e a habilidade no uso da tecnologia e na realização de procedimentos não são suficientes para a concretização do cuidado holístico, pois o cuidar não é um ato único, mas,

sim, o resultado de um processo que combina sentimentos, valores, atitudes e princípios científicos, objetivando atender às necessidades dos indivíduos assistidos (LESTARD; LENNOX, 1995; GAMBOA, 1997).

Assim, percebemos que nosso pensamento comunga com os dos autores citados no assunto em questão, entretanto, no início das nossas atividades profissionais faltava-nos o conhecimento e a experiência na forma de assistir os recém-nascidos, com a inclusão da família no cuidado. Esta deficiência também foi evidenciada por Belli (1992), em estudo desenvolvido com mães e enfermeiros numa UTIN, quando avaliou as experiências e expectativas manifestadas pelos enfermeiros ao assistir as mães de recém-nascidos internados na unidade neonatal. A autora recomenda que, além do domínio e da competência técnica, o profissional deva tornar-se disponível para estabelecer interações com as mães e familiares do recém-nascido, inclusive, recomenda oferecer um espaço legítimo de expressão de sentimentos às mães, possibilitando-a superar barreiras, sentir-se participativa, ativa e mobilizada para tomar conta do filho (BELLI, 1999).

Então, constatamos em nossa experiência profissional que o conhecimento sobre a família era fundamental no cuidar, e assim modificamos nossa forma de interagir com ela.

A literatura aponta a necessidade de a enfermagem reconhecer e respeitar o papel central da família que tem em seu seio uma criança com doença crônica ou aguda, como também manter um relacionamento de colaboração com a mesma, parceria que poderá promover benefícios a seus próprios membros (AHMANN, 1994; SAUNDERS, 1994; GALVÃO; TEDESCO, 1998; FENWICH; BARCLAY; SCHMIED, 1999).

Wright e Leahey (2002) recomendam que a enfermagem tenha o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde, frente à evidência teórica, prática e investigacional do significado desta para seus membros, conduzindo o enfoque do cuidado com responsabilidade, respeito, sem omitir ou negligenciar a prática da enfermagem.

Uma outra questão pouco discutida no espaço das UTINs refere-se à capacidade técnica dos próprios recursos humanos que assistem o recém-nascido e sua família, como mostra a experiência repassada por Alex Boltsaris, em seu livro sobre os bastidores da medicina (BOLTSARIS, 2001).

No livro, o autor relata que o impacto de uma iatrogenia (palavra composta pelo radical grego *iatrós*, que significa “médico”, e *genia*, que vem do latim *genus*, “gerar”) levou a óbito seu filho prematuro numa UTIN de excelente padrão, o que o fez refletir e questionar os riscos dos tratamentos invasivos e suas complicações, aos quais os recém-nascidos acham-se expostos nessas unidades. A partir do sofrimento decorrente da perda do filho, o autor pesquisou o assunto e publicou um livro contando sua experiência. Aborda, entre outros temas, a relação médico-paciente; os aspectos técnicos, científicos e filosóficos da ciência médica, inclusive a questão da humanização e da melhoria da qualidade da assistência de saúde. Assim, na tentativa de aliviar o sofrimento dos pequenos prematuros internados em UTIN e da sociedade, convida o leitor sensível à refletir sobre as distorções expostas por ele e a se lançar na árdua construção da medicina do futuro. Como coloca publicamente um tema tão delicado e ainda pouco discutido na sociedade, o autor avança nas questões relacionadas ao trabalho de humanização do cuidado que envolve percepções, opiniões e habilidades dos sujeitos envolvidos (BOLTSARIS, 2001).

Também Levin (1999), preocupado com o problema da terapia agressiva, adverte que os bebês estão sujeitos a vários exames e testes laboratoriais que podem lhe causar problemas, por isso sugere a redução mínima destes procedimentos. Enfoca que, atualmente, há uma tendência de se reduzir a quantidade de drogas usadas nesses casos, porém esse processo ainda está se iniciando.

Vários são os procedimentos utilizados no enfrentamento de uma situação de doença, desse modo a tensão vivida nesses momentos pode ser aliviada pelas características

familiares. A doença então é vista de maneiras diferentes, como um desafio, um inimigo, uma punição, uma fraqueza, uma perda irreparável ou como oportunidade para o crescimento e desenvolvimento do indivíduo (KATO, 1994; GOMES, 1999).

O outro aspecto a que nos referimos anteriormente diz respeito ao tempo de internação dos recém-nascidos de risco na UTIN, período geralmente prolongado. Na nossa experiência profissional, percebemos que o tempo de permanência dessas crianças no hospital se estende por meses a fio, processo de muita espera, indecisão e dúvidas vivenciado pelas mães, que nem sempre são atendidas de forma satisfatória pelos profissionais no processo terapêutico de comunicação, tornando a permanência da criança no hospital ainda mais árdua para família.

Mariotoni, Barros Filho e Wacked (1996) comparando intercorrências hospitalares entre 354 bebês, encontraram entre os neonatos de BPN, médias de permanência hospitalar de 11,68 dias para os prematuros; de 7,47 dias para aqueles com retardo no crescimento intra-uterino e de 3,52 dias para os recém-nascidos a termo, constatando aumento acentuado da hospitalização entre os bebês menores e mais imaturos. Estudo realizado por Marino (2001), com 123 recém-nascidos de muito baixo peso, assistidos no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1998 em uma maternidade de nível terciário no estado de São Paulo, mostrou um tempo médio de permanência maior, de 49,5 dias.

Evidenciamos, empiricamente, que ocorrem períodos superiores há 90 dias, no HC/UFPE, isso porque se trata de uma instituição amiga da criança, que trabalha estimulando e promovendo o aleitamento materno exclusivo, processo às vezes difícil para algumas mães, por serem vista como um simples instrumento para obtenção do leite no atendimento das necessidades nutricionais dos filhos. Conhecemos e entendemos a importância do aleitamento materno para o recém-nascido, porém salientamos que a visão do profissional de saúde deve

focalizar o conjunto, ou seja, englobar as necessidades da tríade mãe-filho-família, no processo da amamentação.

Ao analisar a família vivendo a experiência de ter um filho numa UTI pediátrica lutando pela vida, Bousso (1999) observou que a família é afetada de muitas maneiras frente à doença e à possibilidade de vir a perdê-lo, por isso é necessário que, diante do sofrimento, busque a unidade familiar. Nesse caso, cremos que o profissional de saúde seja o veículo indicado para esse fim.

A esse respeito, Wright e Leahey (2002) referem que as enfermeiras têm uma oportunidade imensa de aliviar o intenso estresse familiar e a ansiedade associada à tragédia do evento ou da doença em si, devido à sua disponibilidade e acesso a vários contextos nos quais se encontram os pacientes. Nossa posição, conforme referimos anteriormente, também é de concordância com os autores citados, pois a formação do enfermeiro é permeada por um cunho humanitário, aspecto discutido no decorrer das disciplinas curriculares de graduação em enfermagem.

No processo de trabalho em saúde, a inserção dos pais tem como finalidade a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento integral das crianças tanto no núcleo familiar como na comunidade, razão pela quais os cuidados à saúde estão sendo repensados quanto ao seu planejamento, fornecimento e avaliação, em especial na assistência perinatal (SCOCHI, 2000).

Ao estudar o significado de cuidar da família, na UTIN, atribuído pela equipe de enfermagem, com base no Interacionalismo Simbólico e na Teoria Fundamentada nos Dados, Pedroso (2001) obteve, através da análise das entrevistas, áreas temáticas onde a equipe se coloca como responsável pelo bebê, acreditando tratar-se de uma criança em constante risco de vida e totalmente dependente da equipe e da família, para sua sobrevivência. Por esse motivo, a equipe procura envolver a família no cuidado, e por reconhecer o seu sofrimento,

aproxima-se dela, a fim de humanizar a assistência, pois seu objetivo é preparar a família para a alta, ocasião em que a enfermeira oferece suporte à família para cuidar da criança em casa, provendo os instrumentos necessários a essa assistência, que requer, muitas vezes, o trabalho de outros profissionais.

Segundo Silva e Silva (1998), os valores e os paradigmas que determinam condutas e a reprodução sistematizada de comportamentos limitam ou favorecem as ações inerentes ao próprio cuidar relacionadas às posturas frente às mudanças e à forma de participar das interações com a família. Tais aspectos nos permitem refletir sobre a adoção de novos modelos, favorecendo inclusive mudanças no nosso modo de agir.

Sob esse aspecto, Barbosa (1999) através de estudo etnográfico, percebendo que a unidade neonatal é uma subcultura constituída por uma gama de atores, onde cada um desempenha seu papel no cenário, as mães adentram nele, inicialmente, na defensiva, com medo, sem saber o que fazer. Por meio de um processo comunicativo com a equipe de enfermagem, as mães começam a participar do cuidado com o filho, inclusive convivendo com a perda do “bebê ideal” que imaginaram. Assim, é percebida a reciprocidade entre a equipe e elas. Porém, nem sempre a permanência contínua da mãe na unidade neonatal é bem aceita, podendo haver bloqueio a essa participação, sendo alegado pela equipe, a falta de espaço físico e a gravidade do bebê. Esse comportamento ambivalente da equipe, não permite a vivência harmoniosa da reciprocidade. A autora constatou que a superação da ambivalência, com sustentação da reciprocidade neste contexto relacional se fez presente, no amor à causa, explicado pelo esforço do trabalho da equipe na UTIN, na preservação da vida do bebê com qualidade. Este estudo clarifica o entendimento das colocações anteriores.

Estudo desenvolvido com mães acompanhantes em um hospital-escola, utilizando como referencial teórico o Interacionismo Simbólico, revelou que elas enfrentam tudo para cumprir o seu dever de mãe, entregando-se à missão prioritária de proteger o filho

hospitalizado. Para tanto, afastam-se dos outros filhos, da sua família e de outros deveres, sofrem junto ao filho, vivenciam a dor de não poderem fazer nada para impedir o seu sofrimento e sofrem, ainda, por não se sentirem valorizadas por alguns profissionais no cumprimento de sua obrigação de mãe (OLIVEIRA; ANGELO, 2000).

Klaus e Kennell (1995) recomendam seis objetivos que devem ser desenvolvidos pela equipe de saúde junto aos pais de RNPTs ou doentes, que consideramos importante ressaltar:

- ✓ Auxiliar os pais a adaptarem a imagem do recém-nascido à do bebê idealizado.
- ✓ Contribuir para dissipar a culpa materna por ter gerado um bebê prematuro e/ou doente.
- ✓ Ajudar a mãe a formar um vínculo afetivo muito próximo com o filho, promovendo seu desenvolvimento e uma interação mútua, para que perceba, no dia-a-dia, as necessidades dele.
- ✓ Colaborar para que a mãe aprenda a cuidar de seu filho, auxiliada pelos profissionais da equipe de saúde.
- ✓ Estimular a família a atuar conjuntamente na crise do nascimento do bebê antes do termo ou doente, auxiliando os pais a compartilharem suas dificuldades, enquanto planejam soluções satisfatórias para o problema atual.
- ✓ Contribuir para a solução das necessidades especiais da família, particularmente.

Para o alcance destes objetivos, acreditamos ser preciso, inicialmente, a garantia do direito de permanência dos pais junto ao filho, desde a sua internação até a alta hospitalar. A Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, do ECA, no Capítulo I do Direito à Vida e à Saúde, é clara quando discorre sobre essa questão no seu artigo 10, inciso V (BRASIL, 1990). Como colocamos na introdução deste trabalho, tal aspecto é reforçado nos direitos da criança e do adolescente hospitalizados (BRASIL, 1995).

Desde a década de 80, a participação dos pais de bebês de risco na sua assistência é recomendada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), dependendo da disponibilidade e das intenções da equipe que assiste o recém-nascido. Todavia, a prática, mostra-se diferente, pois muitas maternidades e unidades neonatais não cumprem os direitos e as recomendações das organizações científicas e governamentais, desconsiderando inclusive os direitos de cidadania.

Cabe assinalar que simplesmente permitir a presença física da mãe na unidade neonatal não significa a sua inclusão no processo de cuidar. É necessário, pois, estabelecer um vínculo terapêutico capaz de transmitir apoio, segurança e confiança para aliviar o sofrimento vivenciado pela família nas situações de crise (PEDROSO, 2001).

Quando pensamos em auxiliar os pais na difícil tarefa de enfrentar o nascimento de um RNPT e em minimizar o sofrimento decorrente da sua internação prolongada em uma UIN, na perspectiva da integralidade e humanização do cuidado da família, algumas estratégias configuram-se como excelentes ferramentas de trabalho à disposição da equipe de saúde. É este o tema que abordamos a seguir.

2.3 Estratégias de apoio à família

Tudo aquilo que serve de sustentáculo, amparo ou suporte caracteriza um apoio, que pode ser fornecido sob diferentes aspectos, situações e momentos, tanto pelas instituições como pelos segmentos da sociedade. Algumas estratégias de apoio são referenciadas na literatura internacional e nacional.

McLoughin (1995), em seus estudos sobre suporte para mães de bebês sob cuidado intensivo neonatal, classifica e enumera dois tipos de fonte de recursos de ajuda social. O primeiro diz respeito ao apoio formal que é a ajuda dada por profissionais e o

segundo tipo refere-se ao apoio informal, que é provido pela família, amigos e vizinhos. Priorizamos, no presente estudo, o apoio formal oferecido pelos profissionais aos pais através de estratégias passíveis de implantação nas unidades neonatais.

Lamy (1995, 2000) e Lamy, Gomes e Carvalho (1997), estudando as situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em UTIN, constataram a importância de estes serem ouvidos pela equipe neonatal. Referindo-se aos profissionais médicos, afirmaram que estes falam muito e ouvem pouco, pois, acreditam que sabem o que os pais devem ouvir, como se houvesse um padrão definido. No entanto, os motivos que geravam maior ansiedade nos pais nem sempre se constituíam na maior preocupação dos pediatras, por isso, considera que é mais importante oferecer respostas às perguntas que os pais farão, caso lhes seja oferecido um espaço para isso, do que lhes dar uma explicação exaustiva.

Nossa vivência em UIN mostrou situações semelhantes às relatadas pelos autores, pois em certas ocasiões os pais são “bombardeados” por muitas informações, sem que lhes seja dada, por alguns instantes, a oportunidade de perguntarem alguma coisa e, muitas vezes, por timidez ou desinformação não questionam ou não tiram suas dúvidas, fechando-se em suas angústias. Acreditamos que essa realidade pode ser modificada quando suas necessidades merecerem atenção ainda no hospital, isto é, quando os profissionais se dispuserem a escutar suas dificuldades.

As estratégias dos grupos de apoio gradativamente estão sendo utilizadas nessa assistência. Ortiz et al. (1993) refere como objetivos: trabalhar a ansiedade dos pais, os temores e fantasias dos familiares frente à hospitalização; possibilitar, por meio da expressão de dúvidas e tabus, informação sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico; orientar quanto às rotinas de funcionamento da unidade de terapia intensiva, prevenindo distúrbios emocionais familiares e/ou individuais.

A periodicidade das reuniões pode variar dependendo da disponibilidade e do interesse dos participantes, ocorrendo semanalmente ou com maior frequência. Os relatos mostram que, além do apoio, os pais referiram alívio por terem a oportunidade de conversar, expressar seus sentimentos íntimos e compará-los aos de outros pais (KLAUS; KENNEL, 1995).

Um estudo sobre as repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido de risco na UTIN sugere como intervenções de enfermagem, a criação de um espaço para trabalhar as vivências da família, com a implantação de grupos de encontros seriados família/equipe multiprofissional possibilitando a criação de um clima de liberdade de expressão de sentimentos, de esclarecimentos sobre a evolução clínica e de troca de experiências entre os pais cujos filhos estão em diferentes estágios de evolução clínica, além de dar apoio informativo e emocional aos pais. No caso da necessidade de trabalho individualizado, o profissional de saúde mental é chamado para intervir (GOMES, 1999). Compreendemos que para realização de um trabalho desta natureza, a instituição deve contar com a participação de uma equipe multiprofissional.

O grupo pode ser de escuta simples ou analítico, porém seu coordenador deve ter experiência técnica para evitar o risco de desorganização comportamental dos pais envolvidos, fazendo com que as suas participações sejam continuadas, inclusive por algum tempo após a alta da criança (BALDINI; KREBS, 2000).

No Brasil, a experiência pioneira de formação de grupos de pais coordenados por equipe multiprofissional ocorreu em berçário de alto risco anexo à maternidade do Hospital das Clínicas de São Paulo, em junho de 1984. Constatou-se que 95% das mães receberam bem esse tipo de ajuda e que 90% delas sentiam-se mais seguras ao levarem seus filhos para casa. A partir daí, a SBP de São Paulo (1988) passou a recomendar a implantação de grupos de pais de bebês de risco, assim como o treinamento individual das mães pela enfermeira

(SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 1988). Apesar desta recomendação, o número desses grupos como já mencionamos, é escasso nas unidades neonatais do país.

Para Scochi (2000), o enfermeiro neonatologista é o profissional indicado para realizar essa prática, utilizando, para esse fim, os conhecimentos das áreas de Psicologia, Psiquiatria, Sociologia e Antropologia, bem como das técnicas de avaliação e dinâmica de grupo. A autora reforça que é importante o envolvimento da equipe multiprofissional nessas intervenções, e que é indispensável contar com a retaguarda dos serviços sociais e de saúde mental para encaminhamento dos pais e famílias de risco, que, muitas vezes, necessitam de atendimento individual e especializado. A enfermagem deve disponibilizar aos pais, além desses espaços formais e sistematizados, outros mais personalizados, onde eles possam ser ouvidos calmamente, conforme a necessidade.

Neste sentido, no HCFMRP/USP, a enfermeira-chefe da unidade de cuidado intensivo neonatal implantou um grupo de apoio aos pais, contando com a participação de um pediatra intensivista, cujas reuniões ocorrem uma vez por semana, com duração aproximada de duas horas, sob a coordenação de uma enfermeira. Nesses encontros, os pais trocam experiências, compartilham sentimentos, recebem ajuda e esclarecem dúvidas acerca da condição clínica e da terapêutica do filho, do treinamento para a alta e do envolvimento deles no cuidado progressivo do filho, na perspectiva de um atendimento mais integral e humanizado. A avaliação positiva do grupo é feita através das observações dos enfermeiros, ao constatarem que pais e mães demonstram satisfação, participação e frequência nas reuniões; permanecem mais tempo ao lado do filho nas unidades e que há melhoria na interação com o bebê e no relacionamento com a equipe de enfermagem (SILVA; RIUL; SCOCHI, 1996; SCOCHI, 2000).

A experiência de atendimento a pais de prematuros de alto risco por uma equipe multiprofissional no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, priorizou,

inicialmente, o estabelecimento do vínculo mãe/bebê. Paralelamente a esta atuação, outra possibilidade de trabalho que se apresentou foi a do grupo de pais. Gomes et al. (1997) relatam que o grupo é aberto e o convite à participação é feito ainda durante a internação da mãe. Contam com uma média de oito participantes por sessão, a maioria constituída por mães, que participam de dois a três grupos durante a internação de seu bebê. O grupo mostrou-se como um espaço importante de atendimento, onde as mães recebem informações sobre as condições clínicas e de desenvolvimento do seu bebê. Nele também, as mães ou o casal sentem-se mais à vontade para falarem de suas expectativas e angústias; trocam experiências com pais que vivenciam situações semelhantes às suas e se identificam uns com os outros, o que os ajuda a diminuir a sensação de estranheza, marginalidade e culpa. A aderência dos pais ao grupo é grande, principalmente das mães, que precisam ouvir a si mesma e a aprender valorizar essa troca de experiências para percorrerem esse longo caminho da internação.

Outra experiência de grupo foi desenvolvida por Santelli, Turnbull e Higgins (1997) em um Programa de Apoio de Pais para Pais, executado por voluntários que tiveram experiência de hospitalização com um filho na UTIN. Esses pais são treinados pela equipe de saúde e devem: apoiar outros pais durante as visitas ao hospital; fazer contatos com estes por telefone, durante a hospitalização, procurando deixá-los menos sozinhos; ajudá-los a ter esperança no futuro e a encontrar aspectos positivos nessa vivência; lidar com o estresse; ouvir, entender e encorajar a expressão de sentimentos, o que caracteriza apoio emocional.

Assim, esses serviços voluntários, por meio do contato com pessoas que passaram por situações similares, auxiliam os indivíduos a perceberem que não estão sozinhos na situação de crise. Quanto às necessidades de apoio social, como sentir confiança, estas podem ser parcialmente satisfeitas pelos benefícios grupais de coesão, universalidade e aprendizagem interpessoal (BALDINI; KREBS, 2000).

Uma nova intervenção dirigida aos pais, especialmente às mães dos recém-nascidos de risco internados na UTIN do HC da FMRP/USP, é feita pelo grupo de atividades de lazer. Esse grupo visa minimizar o desgaste dos pais, decorrente do longo período de internação dos bebês e da singularidade do processo vivenciado, e suprir a carência de atividades de lazer das mães. O projeto foi implantado em maio de 1999 por uma docente da EERP/USP, sendo operacionalizado pelas alunas de graduação. O objetivo é experimentar estratégias novas no cuidado de enfermagem, através de atividades lúdicas, recreacionais, educativas e de dinâmicas de grupo, direcionadas às mães. As atividades são realizadas semanalmente, com duração média de duas horas, utilizando-se técnicas de dinâmica de grupo para apresentação das participantes, descontração e interação; atividades de lazer, como biodança, videofilme e jogos; oficinas de criatividade para realização de atividades manuais, como crochê, bordado e tricô e reuniões para discussão de temas básicos sobre higiene pessoal e ambiente domiciliar. Na participação, as mães deixam transparecer sua satisfação e contentamento com a vivência de lazer propiciada pelo programa, contribuindo, assim, com o processo de construção de uma assistência mais integral e humanizada na área da Neonatologia (SCOCHI et al., 1999; BRUNHEROTTI et al., 2000; SCOCHI, 2000).

A inserção de alunas de graduação nesse projeto de extensão de serviços à comunidade auxilia na sua formação acadêmica, possibilitando aumentar o aprendizado nas questões de relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente, e a visão e os conhecimentos sobre a problemática da saúde da criança e sua família; estimular também a sensibilidade e a criatividade para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem, rumo à melhor qualidade de vida da clientela (BRUNHEROTTI et al., 2000; SCOCHI et al., 2002).

Esse projeto amplia as estratégias pedagógicas para formação profissional do enfermeiro competente não apenas sob o ponto de vista técnico, mas também sobre a sensibilização referente à humanização e integralidade da assistência, para atuar como atores

sociais no processo de transformação do modelo atual de saúde vigente nos serviços (SCOCHI et al., 2002).

Na Casa da Gestante de Santos, em São Paulo, a clientela de risco conta com um trabalho bem sucedido de uma equipe multiprofissional que desenvolve grupos de orientação e cuidados com o bebê, além de grupos terapêuticos, os quais também contam com atividades de lazer (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1999).

A introdução do lazer na área da saúde foi uma proposta defendida por Bueno (1981), na sua pesquisa sobre a contribuição ao estudo da aplicação do lazer no ambiente hospitalar, no processo terapêutico de pacientes internados num hospital psiquiátrico. A autora destacou a importância da criação de centros de lazer no ambiente hospitalar, sob a orientação de profissionais qualificados, visando à promoção da saúde tanto do cliente quanto do trabalhador de saúde.

Pereira (1997) também aponta a introdução do lazer, visando à melhoria da qualidade de vida dos funcionários de um Centro de Terapia Intensiva, uma vez que os mesmos convivem num ambiente extremamente estressante. Com o seu trabalho, impulsionou os administradores do hospital a cederem um local para os demais servidores, ampliando as atividades de lazer. Sendo, também, o ambiente da UTIN um ambiente estressante, acreditamos ser o lazer importante para mães e familiares do recém-nascido de risco.

Considerando que o ambiente da UIN também é estressante para os familiares dos neonatos de alto risco, entendemos que a atividade de lazer para mães acompanhantes se constitui num instrumento importante para promoção da saúde destas mulheres, podendo se reverter na melhoria da qualidade da assistência prestada à família destas crianças, inclusive humanizando o cuidado.

A possibilidade de oferecer um cuidado integral e humanizado deixou de ser um discurso técnico, mas sabemos que sua prática implica mudança de atitudes referentes a:

ocupar-se, preocupar-se, responsabilizar-se e envolver-se afetivamente com a tríade mãe-filho-família, vendo-os como sujeitos e não como objeto do cuidar.

Pedroso, Angelo e Barbosa (1998), em concordância com outros autores já citados, advertem que simplesmente permitir a presença do familiar ou acostumar-se com ela não significa cuidar da família.

Assim, em nossa atuação profissional, procuramos modificar essa forma de trabalhar com a família, pois entendemos que intervir junto à mãe acompanhante do RNPT significa ampliar e humanizar o cuidado na unidade neonatal do HC/UFPE, trazendo subsídios à transformação da nossa prática assistencial. Nesta perspectiva, motivamo-nos realizar o presente estudo cujos objetivos descriminamos a seguir.

2.4 Objetivos

Objetivo geral:

- ✓ Analisar a implantação de um Grupo de Apoio à Mãe Acompanhante (GAMA) do RNPT e de BPN, em um hospital amigo da criança de Recife/PE, na perspectiva do cuidado humanizado à família.

Objetivos específicos:

- ✓ Descrever a experiência de implantação do GAMA, de acordo com os passos de sua operacionalização e sua consolidação no período de janeiro a dezembro de 2003;
- ✓ Identificar o significado materno de ser mãe acompanhante de RNPT e de BPN, após o parto;
- ✓ Analisar os significados atribuídos à vivência no GAMA, pelas mães acompanhantes.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

*Vestido de sentido sou tecido por um olhar.
Truck Tumbleh*

3.1 Quadro teórico-metodológico

No caminhar deste estudo, seguimos o pensamento de que toda construção teórica é um sistema de eixos cujos conceitos definem a forma e o conteúdo do quadro teórico, procurando, desse modo, tornar claro e coerente o nosso objeto de pesquisa que trata da análise da implantação de um programa de apoio à mãe acompanhante do RNPT e de BPN, na perspectiva do cuidado humanizado, incluindo nele a família. Assim, buscamos a definição de conceitos relevantes e o aperfeiçoamento de idéias a partir de características específicas de imagens ou representações simbólicas, fundamentais ao entendimento do leitor (GOLDENBERG, 1998; ALVES-MAZZOTTI, 2001; LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Ao construir o quadro teórico sobre cuidado humanizado, percebemos que o cuidado que buscamos nasce com o ser humano, como coloca o filósofo Martin Heidegger (1889-1976), ao afirmar que este surge a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, ou seja, ele está presente em toda atitude e situação que ocorra de fato. E foi no livro de Boff (1999), sobre cuidar, que encontramos um marco conceitual que pudéssemos referir neste estudo. O autor destaca que a melhor visão da importância essencial do cuidado é esta fornecida por Heidegger, e assim explicita o conceito de cuidar numa dimensão ampliada:

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999, p. 34).

Ao colocar o cuidado como um modo de ser essencial ao ser humano, o autor considera que ele faz parte da natureza humana e da sua constituição e se dele o homem se afasta, perde sua característica humana. Desse modo, a construção da realidade humana procede do trabalho e do cuidado como modos de ser no mundo, cuja forma se dá por meio de um trabalho de interação e intervenção, conferindo ao cuidado uma força diferente de atuação. A partir desta concepção filosófica do cuidado, refletimos sobre o trabalho em saúde, cuja filosofia implica re-pensar as relações entre os profissionais e a criança e sua família.

Alguns autores consideram que o jeito de ser e de atuar da enfermeira no trabalho, de se fazer presente, de transitar pela realidade e de se relacionar no ambiente hospitalar tem-se dado de maneira rotineira e estandarizada, por se aproximar dos clientes sem capacidade emotiva para conhecê-lo e atendê-lo nas suas individualidades (TREVISAN; MENDES; LOURENÇO, 2003). Estes fundamentos chamam nossa atenção para a dimensão humana do cuidado enfatizado acima, do qual depreendem-se as relações interpessoais no ambiente hospitalar, procurando tratar de uma nova ética que articula um novo modo de atuar no trabalho.

Segundo Ferraz (1998), no âmbito da saúde, estamos assistindo a uma mudança paradigmática global, reflexo dos limites cartesiano, fragmentado e biotecnológico. Reportamo-nos aqui à assistência em unidades neonatais realizadas a partir de transformações que colocam no processo de trabalho novas necessidades para atender à clientela.

Scochi (2000), analisando essas transformações, afirma que o cuidado cuja finalidade era a recuperação biológica da criança, transformou-se em cuidado de apoio ao crescimento e desenvolvimento familiar, visando à promoção da saúde, à emancipação dos sujeitos e à melhoria da qualidade de vida. Assim, progressivamente o paradigma biotecnológico vem sendo substituído pelo holismo.

O conceito da palavra holismo vem do grego holos, que significa “o todo”, e segundo Ribeiro (2002), um dos aspectos mais importantes do enfoque holístico é que, sendo ele uma forma de encarar a realidade, seus conceitos podem ser aplicados às mais diferentes áreas do conhecimento, mudando nosso olhar sobre o mundo, vislumbrando novas possibilidades e formas diferentes de encarar a saúde e a doença, bem como o processo de cura e morte.

Sob este enfoque, humanizar não é técnica ou artifício, é um processo de vida a ser incorporado à atividade no cotidiano do trabalho em saúde (FLORENTINO, 2003). Ainda, pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade, como também a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas (PESSINI et al., 2003).

Desse modo, quando trazemos a questão do cuidado no presente estudo, reportando-nos ao apoio de grupos, percebemos que a interação é a manutenção de uma ação de reciprocidade entre profissional, mãe e família, quando lhes dá a oportunidade de externar e discutir seus sentimentos e conflitos a respeito de terem um filho na UIN, intervindo sempre de modo responsável e sensível para atender às necessidades emergentes e humanizando, conseqüentemente, o ambiente hospitalar. Essa interação pode se tornar realidade se os hospitais criarem um espaço de escuta, que facilitará à mãe e família o enfrentamento dos momentos difíceis advindos da hospitalização do filho pré-termo e de BPN.

A escuta é um ato psicológico, que impõe uma disposição interna de acolher signos ora claros, ora escuros, na busca de alcançar algum registro que viabilize um campo de trocas (GOLDENBERG, 1994).

Na perspectiva do cuidado humanizado, o grupo de apoio assume no cotidiano hospitalar uma ação humana no processo terapêutico. A esse respeito, Pessini et al. (2003) referem que o encontro entre o profissional, agente de atendimento humanizado, e o paciente

reveste-se de uma tomada de consciência quanto aos valores e princípios que norteiam as ações, num contexto relacional.

Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003) mencionam que a humanização do cuidado é um objeto a ser perseguido e que sua implementação não se dá de forma simples. Os autores afirmam que humanizar o processo do cuidado resume-se à responsabilidade profissional, ao esforço de tratar as pessoas, seja respeitando suas necessidades intrínsecas, seja estimulando suas potencialidades ou considerando sua autonomia nas escolhas.

Assim, no contexto amplo da saúde, Neto e Nóbrega (1999) afirmam que a abordagem holística resulta de condições positivas de vida, de uma interação ecológica-social do ser humano, de um viver bem e em paz, respeitando-se os direitos de cidadania de cada um, no que se referem ao acesso à educação, ao emprego, ao lazer, entre outros condicionantes de um padrão de saúde.

Olhar a família interacionalmente pode fazer a diferença, no decorrer de uma intervenção, porém, Angelo (1996, 1997) comenta que não é fácil mudar a perspectiva centrada na doença para uma abordagem centrada na experiência da criança e da família, sendo necessário para isso derrubar defesas, eliminar a indiferença e tornar-se presente, numa atitude de interesse e preocupação. A autora defende que cuidar é mais que sugerir estratégias para se desenvolver um programa bem formulado, com metas e ações. Um processo de cuidar significativo leva em conta o ser, o sentir e o fazer dos envolvidos na assistência, é, pois, um processo de construção de significados que, elaborados no interior de cada um, resulta em ações. Ainda que a família seja vista como parte da experiência do indivíduo, raramente é acessada e contemplada no processo de cuidar, sendo vista como um recurso em benefício do indivíduo e não como objeto de atenção da enfermagem, segundo a autora.

Essas transformações na filosofia e nas abordagens do cuidado em saúde têm sido incorporadas nas diretrizes das políticas públicas sociais, tanto que o Ministério da Saúde

(MS), através de seu Comitê Técnico, elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que contém um conjunto de ações integradas visando: mudar substancialmente o padrão de assistência prestada ao usuário nos hospitais públicos do Brasil; melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços, por meio do aprimoramento das relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade e ainda valorizar a dimensão humana e subjetiva dos sujeitos. Para o Comitê é essencial agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e aceite os limites de cada situação. O PNHAH apresenta ainda um importante ponto de convergência, se comparado a outras iniciativas e programas dirigidos ao aperfeiçoamento da qualidade do atendimento no âmbito hospitalar, dentre estes destacamos os programas que desenvolvem ações de humanização na área da Saúde da Mulher, que prevêem a implementação de Grupos de Trabalho de Humanização os quais, através de sua representatividade, funcionam como elemento agregador e difusor do atendimento humanizado. Enfim, é fundamental tanto a criação como a sustentação permanente de espaços de comunicação para a implementação do atendimento humanizado, a fim de facultar e estimular a livre expressão, a dinâmica do diálogo e o respeito à diversidade de opiniões (BRASIL, 2002d).

É nesse contexto que emerge a motivação para transformar a realidade concreta, isto é, a assistência à mãe acompanhante do filho pré-termo e de BPN assistido na UIN do HC/UFPE. Esse ato exige que o profissional seja sensível às necessidades dessa mulher-mãe, principalmente face às transformações ocorridas na dinâmica e estrutura familiares, buscando respostas e escolhendo estratégias com ações responsáveis e sem omissões.

Nessa perspectiva, percebemos que implantar grupos de apoio pode modificar a forma de cuidar dos sujeitos, a partir do momento que compartilhamos sentimentos, medos e

apreensões. E, numa visão ampliada de promover a saúde no ambiente hospitalar, uma ação inovadora e saudável surge com a introdução de atividades de lazer, nesse processo.

A intervenção apenas para recuperação do corpo biológico não permite responder, de forma plena, às necessidades de saúde, pois devemos considerar, também, a integridade do ser humano, melhoria na qualidade de vida e a promoção da saúde (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002).

Os conceitos de saúde reunidos nos movimentos da Reforma Sanitária desde a Declaração de Alma-Ata (1978) até a Declaração do México (2000), baseiam-se em: associar promoção à saúde com a construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades; reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde, com melhorias na qualidade de vida (BRASIL, 2001). Desse modo, ações de promoção à saúde, como o lazer, estão sendo acessadas no ambiente hospitalar.

O lazer, como componente importante para promover saúde, está associado à qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria (CAMARGO, 2002). Ainda, é citado no artigo 6 da Constituição da República Federativa do Brasil (1988), enquanto direito social. A Lei 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regulamenta todas as ações e serviços de saúde, e no artigo 3, reconhece que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2004).

Entre os europeus, há pelo menos 50 anos, vem se desenvolvendo estudo sobre o lazer, que envolve um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre e espontânea vontade, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se, numa participação social

voluntária, desenvolvendo sua livre capacidade criadora, após libertar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais (DUMAZEDIER, 2001).

Porém, no que se referem à pesquisa científica e à sistematização de processos para o desenvolvimento do lazer para a promoção da saúde, poucas são as iniciativas neste sentido, no Brasil. Nessa perspectiva, direcionamos esta intervenção, na busca de estratégias que poderão contribuir com o processo de transformação do modelo assistencial, utilizando como ferramentas a criação de espaços de escuta que possibilitem a expressão de sentimentos e a troca de experiências entre as mães, e ainda a criação de um espaço de lazer, como um dos determinantes de promoção da saúde e qualidade de vida dessas mulheres, na perspectiva da integralidade e humanização do cuidado.

Partimos para um estudo descritivo exploratório, pois além de descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, busca explorar as suas dimensões, o modo como se manifesta e os outros fatores com os quais se relaciona (POLIT; HUNGLER, 1995).

Nesse contexto, alicerçamos e justificamos a escolha da abordagem qualitativa pelos objetivos propostos e por possibilitar a incorporação da questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais. Tentamos, então, compreender a dinâmica das relações sociais trabalhando com a experiência e a vivência nas instituições, como resultado da ação humana objetiva (MINAYO, 1994).

A abordagem qualitativa parte do pressuposto que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Sua finalidade é intervir em uma situação insatisfatória, mudando condições percebidas como transformáveis, em relação às quais o pesquisador e pesquisado voluntariamente assumem uma posição reativa (CHIZZOTTI, 2000).

Essa abordagem é descritiva e na prática social revela processos de vida, que envolve os sujeitos, cujo conhecimento aumenta a compreensão do pesquisador, fornecendo

subsídios para intervir na busca da melhoria da qualidade de vida dos mesmos (LoBIONDO-WOOD, 2001).

Assim, utilizamos o método da pesquisa-ação por permitir uma ampla e explícita interação entre o pesquisador e as pessoas envolvidas na situação investigada, resultando em problemas a serem pesquisados, numa ação concreta, com o objetivo de resolvê-los ou esclarecê-los (THIOLLENT, 1985).

Sob essa perspectiva, Thiollent (1985) argumenta que a pesquisa-ação conjuga o conhecimento e a ação transformadora, a respeito dos quais o pesquisador partindo do conhecimento empírico sobre o objeto soluciona os problemas e discute com os próprios atores envolvidos na situação. Porém, não se trata de promover reações emocionais, e, sim, de ter disposição para conhecer e agir de modo racional, envolvendo os atores coletivamente na situação pesquisada, com o fim de conscientizá-los.

A ação se dá em nível realista, acompanhada de reflexão e avaliação dos resultados obtidos, em que o pesquisador enfrenta as próprias insuficiências, com o objetivo de promover mudanças na ordem psicossocial, contribuindo simultaneamente para o alívio das preocupações geradas por situações problemas. Assim, esse tipo de pesquisa, firma-se e aperfeiçoa-se num amplo significado de intervenção, tendo como elementos relevantes: a realização concomitante da investigação e da ação; a participação conjunta dos pesquisadores e dos pesquisados, a proposta político-pedagógica a favor dos oprimidos (opção ideológica) e o objetivo de mudança ou transformação social (HAGUETTE, 2001).

Nesta investigação está presente a observação, que interpreta a realidade social com um potencial transformador, levando o indivíduo à torna-se ator social, aliviando as preocupações das pessoas frente a uma situação problemática, seguindo um esquema ético mutuamente aceitável, na busca de soluções (SILVA, 1991; HAGUETTE, 2001).

Percebemos que o desafio de intervir fornecendo apoio, para transformar a realidade no processo de cuidar, pode revelar aspectos ocultos, possibilitando avançar qualitativamente e estabelecer, inclusive, um campo de trocas entre o cliente e a equipe de saúde.

Assim, compreendemos que em um estudo de intervenção com mães acompanhantes e suas famílias, o trabalho de equipe pode ser um requisito básico à concretização de resultados efetivos, por permitir que propriedades e qualidades coletivas potencializem-se, modificando o contexto investigado (CIANCIARULLO, 2000). Portanto, são estes conceitos e concepções que alicerçaram e guiaram nosso saber-fazer neste estudo.

3.2 Contexto da investigação

O estudo foi realizado no HC/UFPE, localizado em Recife, capital do estado de Pernambuco, região Centro-leste do Nordeste do Brasil. Com uma área de 98.938 km² e população de 7.918.344 habitantes, o estado possui 184 municípios e 01 território, o arquipélago de Fernando de Noronha, com densidade demográfica de 80,3 hab/km². No litoral, o clima é tropical e no agreste e sertão, é semi-árido. Sua agricultura é constituída, principalmente, pelos seguintes produtos: mandioca, feijão, cana-de-açúcar e milho; na pecuária, os maiores rebanhos são de bovinos e caprinos e quanto aos produtos minerais, o calcário e a gipsita são os principais. Suas grandes indústrias são as de transformação de minerais não-metálicos, confecção, curtume e mobiliário. Entre os setores de ponta, destacam-se os pólos médico, gesseiro, de informática e turístico. No que se refere à saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) encontra-se implantado em 173 municípios do estado (PERNAMBUCO, 2002).

Recife, a capital do estado, ocupa uma área de 217,78 km², com uma população de 1.422.905 habitantes. Na assistência à saúde, conta com 53 hospitais, que disponibilizam 8.132 leitos; com 196 unidades ambulatoriais; 67 centros de saúde e 15 ambulatórios de unidade hospitalar geral, tendo no ano 2000, ocorrido 204.765 internações hospitalares nesses hospitais. Na área da saúde materno-infantil, destacam-se as implantações da Central do Parto e a Central de Leite Humano, fazendo este último recolhimento de leite materno nas residências das doadoras, para estocá-lo nos 05 bancos de leite das maternidades do Hospital Barão de Lucena, Hospital Agamenon Magalhães, HC/UFPE, Centro de Saúde Amaury de Medeiros e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2002).

O HC/UFPE, localizado na capital, está vinculado ao Ministério da Educação e do Desporto, com a função básica de apoiar o ensino de graduação e pós-graduação dos centros de ensino da UFPE, em particular dos cursos do Centro de Ciências da Saúde (CCS). O HC atua como hospital escola e centro de pesquisa científica; integra o Sistema Único de Saúde do estado, com prestação de serviços médico-hospitalares e atendimento ambulatorial à população do estado e da região Nordeste, sendo ainda um hospital de referência pela sua habilitação, em nível terciário, para o atendimento a gestante, ao parto e ao recém-nascido de alto risco. Pela sua excelência no tratamento de patologias de alta complexidade, constitui-se num importante centro de realização de projetos de pesquisas, desenvolvimento de conhecimento e formação de profissionais na área de saúde. Este hospital mantém convênios internacionais de cooperação com o Japão, França e Estados Unidos, e com as universidades estaduais e federais, para o desenvolvimento de programas de saúde no combate às doenças tropicais e endêmicas da região, como a esquistossomose mansônica e a filariose. É campo de ensino para os cursos de graduação em medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, farmácia e bioquímica. A pós-graduação na UFPE oferece no HC, programas de residências para médicos, enfermeiros e nutricionistas, especialização em saúde

mental, mestrados em medicina interna, cirurgia, doenças infecciosas e tropicais, neuropsiquiatria, pediatria e anatomia patológica e doutorado em medicina. Apoiando as atividades do quadro efetivo de professores, o hospital conta com mais de 1200 funcionários entre médicos, enfermeiros, técnicos e administrativos. Sua instalação física ocupa uma área de 62.000m², sendo dotada de unidades de internação com 387 leitos, 147 unidades ambulatoriais, 14 salas com centro cirúrgico e obstétrico, 05 unidades de tratamento intensivo, 12 consultórios para serviços de pronto atendimento, 04 anfiteatros e 22 salas de aulas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 1997).

Recebeu, em 2000, o título de Hospital Amigo da Criança, uma iniciativa da OMS e do UNICEF, concedido pelas ações desenvolvidas no setor de maternidade voltadas à promoção e apoio ao aleitamento materno, por adotar os “Dez passos para o sucesso da amamentação”. Para assistência materno-infantil, o hospital dispõe de 28 leitos para alojamento conjunto e puerpério, 12 para gestantes de alto risco, 04 para UTIN e 14 leitos para cuidados semi-intensivos. Os recursos humanos que atuam no setor de maternidade são: 15 médicos plantonistas, 08 enfermeiras, 37 auxiliares de enfermagem, 01 assistente social e 01 nutricionista. Na unidade neonatal, há 12 médicos plantonistas, 03 médicos diaristas, 02 professores, 02 enfermeiras diaristas e 21 auxiliares de enfermagem. O Banco de Leite Humano do hospital iniciou suas atividades no ano de 1998, e conta com o trabalho de 01 enfermeira e 03 auxiliares de enfermagem. Na mesma área física da maternidade, próxima a UIN, estão dispostos 05 leitos destinados a alojar as mães acompanhantes dos recém-nascidos de risco. Como neste caso não se faz uma nova internação, o faturamento é feito através do prontuário do recém-nascido. As mães acompanhantes recebem visita diária da enfermagem e, nas intercorrências, do médico. A meta do HC é aumentar sua capacidade de realizar seus objetivos sociais de ensino, pesquisa, extensão e assistência, como órgão complementar da

UFPE, através de um movimento de transformação e aprendizagem organizacional (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 1997).

O registro de número de nascidos vivos no município de Recife, no ano de 2000, foi de 25.512 crianças, sendo que 2.436 (9,5%) nasceram na maternidade do HC/UFPE, e, dentre estes, 280 (11,5%) eram prematuros e 343 (14,1%) de BPN (SILVA; PISCOYA; SIMÕES, 2000).

3.3 Coleta de dados

As técnicas de coleta de dados que adotamos neste estudo foram a observação e a entrevista, que se constituíram em recursos importantes à investigação, escolhidos pela natureza do problema estudado.

O ato de observar, segundo Cianciarullo (2000) é indispensável no cotidiano da enfermagem, pois possibilita conhecer a realidade em que se está inserido. Realizamos a observação participante, através da qual o pesquisador torna-se parte da situação observada, interagindo por longos períodos com os sujeitos, partilhando com ele o seu cotidiano para conhecer o significado daquela situação (ALVES-MAZZOTTI, 2001). Quando o observador não oculta sua participação e faz intervenções, seu papel é de observador como participante (LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A observação foi realizada durante todo o processo de implantação do GAMA. Registramos a fala, o comportamento, os gestos e atitudes, as expressões dos sujeitos observados, inclusive nossas impressões, em um diário de campo. Concentramos nossas observações nos sujeitos inseridos no contexto anteriormente descrito, ou seja, mães, familiares e equipe de saúde. A mesma compreendeu o período entre os meses de dezembro de 2002 a dezembro de 2003, durante a implantação do GAMA, incluindo a operacionalização dos grupos de escuta e das atividades de lazer. Os grupos de escuta

realizados às segundas-feiras, das 10:00 às 11:00 horas, constituíam-se em reuniões da equipe multiprofissional com as mães acompanhantes e os membros da família, os quais eram significativos e escolhidos por elas. Tais grupos possibilitaram a integração, a expressão de sentimentos e a troca de experiências entre os sujeitos envolvidos. As atividades de lazer foram realizadas às sextas-feiras, das 16:00 às 17:00 horas, e consistiam de atividades lúdico-pedagógicas e recreacionais, executadas por alunos de graduação, como: dinâmicas de grupo, jogos coletivos, oficinas de criatividade, festas comemorativas, e de educação em saúde. Salientamos que estas atividades eram programadas de acordo com as necessidades e habilidades da clientela.

O outro instrumento que utilizamos foi a entrevista, cujo objetivo é entender a experiência da pessoa, não sendo esta experiência mais verdadeira do que outra. Neste procedimento, o pesquisador não é neutro, por isso a empatia, a sensibilidade, o humor e a sinceridade são instrumentos importantes para seu desenvolvimento (RUBIN, 1995).

Para apreender os significados atribuídos ao ser mãe acompanhante do filho PT e BPN e a vivência materna no GAMA, realizamos entrevista aberta, não-estruturada, com as seguintes questões norteadoras:

- ✓ **Como você se sente sendo mãe acompanhante do seu filho logo após o parto?**
- ✓ **Como você se sente participando do GAMA?**

No transcorrer da entrevista, formulamos perguntas complementares a fim de possibilitar uma maior elucidação das falas. A entrevista foi gravada, com a autorização das mães e realizada em local privativo, na sala da assistente social, sendo conduzida pela própria pesquisadora com duração média de 35 minutos.

Após a gravação de cada entrevista, fizemos a transcrição das falas na íntegra, sem muitas das convenções da língua padrão culta, sendo cada sujeito identificado por um codinome, em ordem alfabética sequencial para preservar o anonimato, porém com registro de

alguns dados que os caracterizassem, tais como: procedência, idade, ocupação, escolaridade, situação marital, número de filhos, idade gestacional, tempo de permanência, além do peso ao nascer, idade e Apgar do 1º e 5º minutos do filho.

Como critérios para inclusão dos sujeitos na pesquisa, adotamos:

- ✓ aceitar voluntariamente participar da pesquisa;
- ✓ ter o filho prematuro e de BPN recebido assistência na UIN por período igual ou superior a sete dias;
- ✓ estar de alta hospitalar, em alojamento materno acompanhando o filho PT e BPN;
- ✓ ter participado de, no mínimo, cinco reuniões do GAMA.

Para a escolha das participantes, procuramos contemplar a diversidade dos sujeitos e as interações no espaço estudado. As inclusões seguiram o desenho de amostra qualitativa, até que delineássemos o quadro empírico da pesquisa, pois quando verificávamos a saturação teórica com repetição, ausência de dados novos e crescente compreensão dos conceitos identificados, encerrávamos a coleta de dados, segundo orientações de Minayo (1994). Assim, tendo atingido esse ponto, foram entrevistadas 16 mães acompanhantes.

3.4 Análise dos dados

Utilizamos a análise de conteúdo, definida por Bardin (1977, p. 42) como:

[..]. um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos a descrição do conteúdo das mensagens indicadoras (qualitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos à condição de produção/recepção (variáveis inferidas).

As características metodológicas da técnica de análise de conteúdo, segundo Richardson (1999), são objetividade, sistematização e inferência. Quanto à escolha das categorias, seguimos os requisitos de homogeneidade, exaustividade e exclusão, respeitando as regras da metodologia científica sistematicamente, durante toda análise.

Minayo (1999) afirma que a análise de conteúdo é parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, ou seja, aquele que ultrapassa os significados manifestos. Assim procuramos identificar em nossa análise os significados, descritos pela autora.

Neste estudo utilizamos a análise temática transversal, isto é, aquela que recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos. Ela não leva em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados como dados segmentáveis e comparáveis. De modo que, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte que estuda as motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças e de tendências (BARDIN, 1977).

Assim, procedemos a um recorte transversal de todo corpus, elegendo os referenciais como unidades de contexto (categorias/temas). Os passos seguidos na organização da análise de conteúdo compreenderam: a pré-análise, que consistiu na leitura do material obtido e organização do mesmo para definição das unidades de registro e de contexto, trechos significativos e categoria; na exploração do material, feita através de leitura exaustiva, codificação e transformação do mesmo em núcleos de compreensão; no tratamento dos resultados e na sua interpretação (MINAYO, 1999).

Trabalhamos cada entrevista separadamente, e durante a transcrição, anotamos os silêncios, onomatopéias, entonações diferenciadas nas expressões verbais e os aspectos emocionais tais como riso, tom irônico etc., tomando o cuidado de recortar as falas (frases).. Na transcrição, optamos pela seguinte padronização ou legenda: { _ } pausa durante a fala, /.../ recortes de outras falas, ... recorte na mesma fala, () observações complementares contendo conteúdos e comportamentos não verbais para situar as falas (BARDIN, 1977).

3.5 Aspectos éticos

Atendendo à Resolução nº 196 do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) com seres humanos, realizamos o estudo somente após o recebimento do parecer favorável do comitê do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFPE) em 06/11/2002 (Anexo A). Conforme citado anteriormente, solicitamos a autorização das mães antes da coleta de dados, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Para as mães adolescentes, fizemos a mesma solicitação a ela e ao seu responsável.

4 INOVANDO A ASSISTÊNCIA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL

Sonho que se sonha só é um sonho que se sonha só, sonho que se sonha junto, é realidade.
Dom Helder Câmara

Vimos nos capítulos anteriores que o nascimento de uma criança de risco, especificamente o RNPT e de BPN, além de acentuar os riscos da morbimortalidade infantil, coloca a família diante de desafios que repercutem no cotidiano vivido, fato que tem despertado e mobilizado alguns profissionais de saúde a buscarem estratégias de apoio, na tentativa de proporcionarem suporte necessário aos membros da família, durante o período de hospitalização do recém-nascido em unidade neonatal.

No capítulo que ora apresentamos, descrevemos a trajetória percorrida para a implantação pioneira do GAMA na UIN DO HC/UFPE, na perspectiva da pesquisadora e das mães acompanhantes destes recém-nascidos. Assim, apresentamos os resultados em etapas: a primeira descreve as fases do processo de implantação, atendendo o objetivo específico inicial; a segunda etapa explora o segundo objetivo específico, ser mãe acompanhante do filho pré-termo e de baixo peso ao nascer e, a terceira etapa, reporta-se ao terceiro objetivo específico, os significados atribuídos pelas mães sobre a vivência no GAMA.

4.1 A implantação do GAMA

Inicialmente, descrevemos minuciosamente os passos da operacionalização do projeto até a consolidação do GAMA na UIN no HC/UFPE e, após a concretização do processo de implantação, passamos a descrever a análise temática do conteúdo das falas.

4.1.1 Os passos da operacionalização

Após ter recebido a aprovação do CEP/CCS da UFPE no dia 06/11/2002, bem como ter sido aprovada no exame de qualificação do doutorado da EERP/USP, em dezembro do mesmo ano, retornamos a Recife - PE, para dar início a proposta do trabalho e a coleta de dados da pesquisa.

Os primeiros passos percorridos aconteceram no mês de janeiro de 2003, no sentido de compartilhar, sensibilizar e estimular o engajamento dos diferentes atores sociais que trabalham no cuidado à saúde. Como era de nosso interesse envolver profissionais de outras áreas, estabelecemos um primeiro contato com a coordenadora do curso de graduação de terapia ocupacional, que acatou a idéia e se manifestou favorável à inserção no projeto de docentes do curso, o que não ocorreu no plano operacional, apesar de ter sido apresentado em reunião. O projeto, ainda, foi apresentado aos docentes do departamento de enfermagem, sendo aprovado sem restrições.

Nesse ínterim, procuramos a chefia da unidade neonatal, que já conhecia nossas intenções desde a elaboração do anteprojeto, com quem agendamos um encontro para discutir a operacionalização da proposta. Consideramos que aquele era o momento propício para sua implantação, uma vez que a instituição encontrava-se desenvolvendo uma política de humanização na área da assistência perinatal. A chefia ressaltou a importância desse contato, uma vez que o CEP/CCS não lhes informara sobre o parecer favorável outorgado ao projeto. Como desde o início do nosso afastamento da unidade neonatal manifestamos interesse em realizar a coleta de dados nesse espaço do qual somos parte integrante, nosso intento teve grande receptividade. Com o objetivo de formalizar a divulgação da proposta, agendamos a apresentação para reunião clínica da unidade neonatal ocorrida no dia 5 de fevereiro de 2003, na sala de estudo do 4º andar do hospital. Ainda na ocasião, recebemos o convite para

participar do Projeto de Humanização e Qualidade de Vida da Criança, Adolescente e Família, patrocinado pelo UNICEF, envolvendo várias instituições, dentre elas o HC/UFPE, convite que aceitamos com grande prazer, pela coerência com nosso trabalho.

Iniciamos nossa caminhada, participando das reuniões clínicas da unidade neonatal e do projeto de humanização, as quais foram realizadas às quartas-feiras, com o intuito de conhecer os profissionais inseridos na equipe durante nosso afastamento, inclusive duas psicólogas voluntárias do projeto de humanização, que vieram contribuir com o processo desencadeado nos setores da maternidade e da unidade neonatal.

Assim, para apresentação do nosso projeto na reunião clínica, providenciamos a confecção de folders e os encaminhamos aos setores referidos, como também à chefia do serviço de enfermagem, às coordenações das residências de medicina e de enfermagem e aos departamentos de enfermagem e terapia ocupacional. Para sua exposição oral, elaboramos material didático abordando os seguintes tópicos: a apresentação, o ponto focal do problema, os fatores relacionados e circunstanciais, os questionamentos, os objetivos, a fundamentação teórica e os aspectos metodológicos e operacionais.

O chefe da unidade neonatal iniciou a reunião clínica e, em seguida, fizemos a apresentação formal do projeto de implantação do GAMA. Estavam presentes 22 pessoas, entre docentes, técnicos, residentes, estudantes, auxiliares e voluntários de diversas áreas, como medicina, enfermagem, terapia ocupacional, serviço social, psicologia e nutrição. Ao término da apresentação, convidamos todos a participarem da iniciativa e nos colocamos à disposição para esclarecer as dúvidas. Vários presentes elogiaram o projeto, demonstrando sensibilidade e interesse em participarem dele; outros fizeram algumas sugestões, especialmente em relação à data para o início das atividades, indicando o mês de março, após o período de férias. Terminadas as discussões, o chefe da unidade neonatal encerrou a reunião

e solicitou uma cópia do projeto para o acervo bibliográfico da unidade; na oportunidade, os interessados forneceram telefones e endereços eletrônicos, para contatos posteriores.

Os acontecimentos nos fizeram refletir sobre a complexidade de um trabalho dessa natureza e com isso pudemos entender que um dos primeiros e maiores desafios estava relacionado, principalmente, à formação da equipe multiprofissional. E isso aflorou quando tentamos definir um cronograma que conciliasse os horários dos interessados em participar do GAMA, com as demais atividades, para estruturação da equipe.

Porém, prosseguimos acreditando que a abertura para o novo, com persistência, humildade, cooperação e respeito às singularidades, seria o caminho ideal a ser seguido, assim adotamos atitudes e comportamentos que se constituiriam nas ferramentas fundamentais à transposição das barreiras. Finalmente, formamos um grupo composto por uma enfermeira, uma assistente social e uma psicóloga. Como havia duas psicólogas, uma ficou encarregada de assessorar a equipe, quando se fizesse necessário.

No momento seguinte, buscamos junto à direção do hospital os melhoramentos para estrutura física do alojamento materno (fotografias 1 e 2 - Anexo C), como a pintura das paredes e portas do ambiente, que se encontravam em precário estado de conservação. A reforma física do alojamento foi autorizada pela diretoria, a ser iniciado logo após o período momesco, que contou, também, com o apoio da arquiteta responsável. Após sua concretização uma das mães acompanhantes descreveu da seguinte forma a transformação que ela testemunhou:

O povo (referindo-se aos visitantes) fica assim: - olha como tá bonito, nem parece um hospital... Parece uma clínica particular. É! Porque clínica particular ela esconde a realidade, o hospital público não... E, clínica, o povo, o médico faz de tudo para os pacientes ficar que nem fosse em casa, esconde a realidade. (Mãe acompanhante)

Em março, realizamos a primeira reunião com toda equipe para discutir o cronograma de implantação, as formas de abordagens, duração das reuniões, número de

participantes, entre outros assuntos, adotando como princípio que as abordagens deveriam partir das necessidades apresentadas pelos sujeitos e assim, a decisão da equipe foi ouvir mais e falar menos, especialmente durante as reuniões do grupo de escuta.

Vale salientar que no período de julho a agosto de 2003, toda equipe do GAMA participou de um curso de capacitação para coordenadores de grupos operativos, patrocinado pelo hospital, que nos forneceu subsídios valiosos para condução dos grupos.

Assim, percebemos no estudo sobre grupo operativo, que o desenvolvimento de habilidades para trabalhar com grupos, aplicando-se os fundamentos básicos das grupoterapias, poderia ser uma alternativa para viabilizar mudanças na assistência à saúde (CIAMPONE, 1998). O conhecimento adquirido sobre os fundamentos básicos das grupoterapias possibilitou o aprimoramento de nosso trabalho. Ressaltamos, a seguir os requisitos básicos característicos de um grupo, que levamos em consideração, segundo Zimerman (1993, p. 31):

- 1. um grupo não é um mero somatório de indivíduos... ele se constitui como uma entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos como todo indivíduo se comporta como um grupo (de personagens internos), da mesma forma todo grupo se comporta como se fosse uma individualidade;*
- 2. todos os integrantes de um grupo estão reunidos em torno de uma tarefa ou objetivos comuns;*
- 3. o tamanho do grupo não pode exceder o limite que ponha em risco a sua comunicação, tanto visual como a auditiva, a verbal e a conceitual;*
- 4. deve haver a instituição de um enquadre (setting) e o cumprimento das combinações nelas feitas... além dos objetivos o grupo deve levar em conta uma estabilidade de espaços (local das reuniões), tempo de duração, algumas regras e outras variáveis equivalentes que deleitam e normatizam a atividade grupal proposta;*
- 5. o grupo se manifesta como totalidade devendo, contudo ficar preservadas as identidades específicas de cada um dos indivíduos que o compõe;*
- 6. é inevitável a formação de um campo grupal dinâmico que se processa em dois planos: um da intencionalidade consciente e manifesta e o outro movido por fatores inconscientes, implícitos ou latentes;*
- 7. é inerente a todo grupo o surgimento de interações afetivas, de natureza múltipla e variada;*
- 8. com finalidade operativa ou terapêutica o grupo necessita de um coordenador para que sua integração seja mantida.*

Pensando na organização e funcionalidade do grupo, decidimos que os assuntos das reuniões, realizadas duas vezes por semana, deveriam ser registrados em ata, ficando assim estabelecido: às segundas-feiras, no horário das 10:00 às 11:00 horas, grupo de escuta e às sextas-feiras, no horário das 16:00 às 17:00 horas, grupo de lazer. Optamos por realizar ao final de cada reunião uma avaliação com as participantes do estudo e, logo a seguir, uma avaliação entre os membros da equipe. O dia 17 de março de 2003 foi a data escolhida para a implantação dos grupos e, antecipadamente, entregamos às mães e familiares os convites confeccionados pela equipe. Como estava marcada uma comemoração festiva, após as atividades e não tínhamos recursos financeiros para esse fim, recorremos a doações voluntárias e estabelecemos uma parceria com o Lions Clube de Boa Viagem, que nos forneceu seis cadeiras e uma mesa para o alojamento materno. Para continuidade do projeto, buscamos recursos para aquisição de materiais utilizados nas oficinas de criatividade através de outras doações, incluindo a nossa própria contribuição com parte do dinheiro recebido da bolsa de doutorado do Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica/UFPE da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Todavia, salientamos que a falta de recursos financeiros, apesar de ser uma dificuldade importante, não inviabilizou nosso trabalho em momento algum, pela determinação da equipe multiprofissional e engajamento dos alunos de graduação dos cursos de enfermagem, comunicação social e biologia, bem como do trabalho voluntário de pessoas que buscamos na comunidade. Também fomos contemplados com uma bolsa concedida pela Pró-Reitoria de Extensão/UFPE, destinada a um aluno bolsista, que participa do grupo e contribui voluntariamente.

A seguir, discutimos e fechamos a pauta da reunião de abertura, cuja apresentação ficou sob a responsabilidade da pesquisadora, e a dinâmica de integração grupal sob a coordenação das psicólogas. Decidimos que cada uma das profissionais do grupo faria uma

breve exposição da sua função e de que forma poderiam contribuir para atender às necessidades emergentes das mães acompanhantes. Nas questões relativas a nossa área de conhecimento, faríamos as intervenções necessárias, enquanto a assistente social trabalharia, principalmente, os direitos à cidadania no ambiente hospitalar. As observações da pesquisadora foram registradas num diário de campo próprio.

No dia marcado para iniciar o trabalho de grupo, era visível em cada um dos sujeitos envolvidos, ou seja, mães e equipe, um misto de alegria, ansiedade e apreensão pelo que poderíamos encontrar. Todas as seis mães acompanhantes compareceram. No início, as psicólogas apresentaram uma técnica de colagem com figuras e palavras para que as mães fizessem suas escolhas, e em seguida discorressem sobre elas. Transcrevemos, a seguir, os depoimentos das mães, que emergiram nesse encontro, identificando-as com o número de ordem dos pronunciamentos:

Pensei em ir para casa logo, logo! Pois, me vi em casa com meu menino no braço. Não agüento mais! (aumenta a entonação da voz). { _ } Pensei nele crescer e ficar deste jeitinho. (Mãe 1)

Pensei na sala de cirurgia, quando eu estava lá senti medo e insegurança. (Mãe 2)

É a minha cara, esses gêmeos mamando. Vi eu dando de mamar a eles... Eu sinto muita fome quando tiro leite e pensei num bom abacaxi, depois. A palavra vovó foi porque pensei na minha mãe que está doidinha, por ter sido vovó de novo. A menina dançando é que minha filha adora dançar, ela tem sete anos. (Mãe 3)

Foi no meu filho, que vai ficar tudo bem. E no meu filho que tá em casa. (Mãe 4)

Pensei no meu casamento que foi adiado, porque eu vim pra aqui ter meu bebê. O bolo é comemoração, e eu tenho duas, o meu casamento e a alta do meu bebê. (Mãe 5)

Uma das mães mostrava-se muito tensa e não falou, apenas chorou, tendo a psicóloga feito a intervenção necessária. Logo depois, esta mesma mãe foi chamada para falar com seu companheiro ao telefone; saiu rapidamente, e ao voltar mostrava um semblante de

felicidade. Numa visão geral, pudemos perceber a multiplicidade de sentimentos que afloraram com a realização desse trabalho em grupo.

Durante a reunião, fomos interrompidas pela chegada da enfermeira-supervisora do andar que, juntamente com dois pintores, avaliaram as condições do alojamento para dar início à pintura do local. Essa interrupção nos fez perceber a dificuldade de não ter um local privativo para as reuniões, situação que foi contornada com a autorização para ocuparmos a sala de reuniões do andar. Diante de outras intercorrências, a assistente social da equipe cedeu incondicionalmente sua sala para nossas reuniões. Desse modo, ultrapassamos mais um obstáculo.

Antes de finalizarmos a primeira reunião, combinamos com as mães a atividade do grupo de lazer da sexta-feira seguinte, sugerindo um passeio no campus da universidade, idéia que foi bem aceita por elas. Na ocasião, ainda, distribuímos um instrumento onde deveriam listar, por ordem de preferência, as atividades de lazer que mais gostariam de fazer, para o direcionamento das atividades do grupo. Ao encerrarmos a reunião, antes do lanche, oferecemos a cada uma das presentes, uma pequena lembrança.

A partir daí, as atividades do grupo transcorreram com regularidade, e pudemos perceber a motivação das mães acompanhantes em participarem da programação. Sabendo que muitas mães de bebês assistidos na UIN do HC tiveram gestações de risco que necessitavam de internações prolongadas na maternidade, decidimos expandir a participação nas atividades de lazer, com a inserção das gestantes internadas na maternidade. Tal expansão foi bem aceita pela equipe de saúde, pois muitas delas permaneciam internadas até o parto, passando à condição de mãe acompanhante enquanto seus filhos permaneciam hospitalizados. Diante da experiência e escutando os depoimentos, a equipe percebeu os possíveis benefícios que o GAMA estava trazendo aos sujeitos envolvidos, o que constatamos após cada reunião, em que a alegria suplantava a ansiedade e apreensões iniciais.

Com relação à participação de alunos no GAMA, a inserção foi se dando com o convite feito a quatro alunas de graduação em enfermagem, em fase de conclusão do curso, que foram se envolvendo e convidando outras alunas, inclusive de outros cursos. Assim, inicialmente contamos com cinco alunas de enfermagem, uma do curso de biologia e uma do curso de comunicação social. Com a conclusão do curso das quatro graduandas, em dezembro de 2003, foram inseridas três novas alunas de enfermagem. Atualmente, contamos com a participação de quatro alunas de enfermagem, uma de comunicação social e um aluno de matemática responsável pela construção e atualização das planilhas eletrônicas dos dados quantitativos coletados nas reuniões do grupo.

4.1.2 A consolidação do GAMA

De março a dezembro de 2003, o número de reuniões mensais variou de cinco a nove, sendo realizados 35 (46,1%) grupos de escuta (GE) e 41 (53,9%) de lazer (GL), perfazendo um total de 76 reuniões, como mostra o gráfico que se segue.

Gráfico 1 - Distribuição dos grupos de escuta e de lazer realizados no período de março a dezembro de 2003.

Participaram destes grupos 105 sujeitos, dentre os quais 90,5% foram de mães acompanhantes e 9,5% familiares (avós, pais, irmãos, primos e cunhados). Como o mesmo sujeito participou de várias atividades do GAMA, houve 381 participações, sendo 196 delas nos grupos de escuta (35) e 185 em grupos de lazer (41), representando uma média de 5 participantes por atividades realizadas.

O reduzido percentual de familiares foi determinado por fatores, tais como: a dificuldade de acesso ao serviço, por ser um hospital de referência em gravidez de risco, cuja clientela procede do interior do estado, ou de estados vizinhos, na sua maioria; o horário das reuniões, especificamente do grupo de escuta, era realizado no período da manhã, impossibilitando a participação de outros membros da família; e a recusa dos familiares, por questões culturais levantadas principalmente pelos pais, como, por exemplo, considerarem o grupo a ser freqüentado apenas por mulheres.

Nas reuniões do grupo de escuta, além da equipe multiprofissional, participaram alunas de graduação do curso de enfermagem. Coube à pesquisadora, esclarecer o processo diagnóstico, terapêutica, além de fornecer outras orientações às mães acompanhantes, que foram atendidas dentro de nossas limitações, por não contarmos com um profissional da área médica no grupo. As alunas atuaram realizando dinâmicas de integração, através de leitura de mensagens, textos e, eventualmente, ministravam alguma palestra sobre as necessidades apresentadas pelas mães. A presença das alunas nos grupos de escuta possibilitou a ampliação do seu conhecimento frente à experiência vivida, articulando o conhecimento teórico ao prático.

Na dinâmica destes grupos de escuta, iniciávamos com a apresentação dos participantes, objetivos do grupo e, a seguir, buscamos nas mães acompanhantes as suas necessidades e dúvidas. Frequentemente elas expressavam sentimentos de sofrimento pelo nascimento antes do termo, permanência do filho em cuidado intensivo, ausência dos

familiares e dificuldades financeiras, além dos conflitos na relação com outras mães e profissionais. Para lidar com essa complexidade de situações foi fundamental a participação articulada da enfermagem, psicologia e assistente social.

Por outro lado, em determinados momentos percebíamos as limitações da equipe multiprofissional do GAMA decorrente da não inserção de profissionais de outras áreas de conhecimento que atuam na UIN/HC, como o neonatologista, terapeuta ocupacional, nutricionista e fonoaudiólogo. Cabe assinalar que todos esses profissionais foram convidados a participarem do grupo e, apesar de terem demonstrado interesse inicial, não se engajaram nas atividades desenvolvidas. Alguns deles até justificaram a ausência pela falta de disponibilidade no desempenho de suas funções no serviço.

Acreditamos que essa dificuldade encontrada deveu-se ao modelo de atenção ainda vigente nos hospitais, tecnicista e biologicista, especialmente nas unidades de terapia intensiva, no qual muitos profissionais não consideram as outras demandas específicas manifestadas pelas mães e familiares no cotidiano do trabalho, além da escassez de recursos humanos, conforme apontado na fala abaixo:

/.../ Já que a gente não tem condição de dar atenção pela escassez de recursos humanos, vocês completaram esta falta, pois eu sempre ficava preocupada com essas mães e não podia fazer nada, só ensinar a mãe a amamentar. Isto eu posso! (Enfermeira da UIN)

Quanto aos grupos de lazer, a condução foi feita pela pesquisadora e pelas alunas de graduação que organizavam as atividades, sob sua supervisão. Em cada atividade de lazer houve a participação de no mínimo três alunas. Durante essas atividades um lanche sempre era oferecido, inclusive nos passeios fora do hospital, organizados por elas.

No desenvolvimento dos grupos de escuta e de lazer observamos o impacto positivo na clientela, manifestados pela adesão, agradecimentos, mudanças de expressões faciais de tristeza ou preocupação para sorrisos e descontração, minimizando a dor, o

sofrimento e a quebra da ociosidade, ao longo de um caminho árduo vivido pelas mães e familiares com o nascimento e hospitalização do filho prematuro. Outro resultado observado foi o estabelecimento de vínculos afetivos entre os participantes e a equipe. Corroboraram com estas observações registradas no diário de campo, os dados obtidos por meio das entrevistas e apresentados no sub-item 4.3.

Os escassos conflitos vivenciados entre os participantes foram trabalhados conjuntamente, com cautela e coesão da equipe, utilizando estratégias dialógicas e até mesmo de ordem religiosa como o ocorrido em um dos grupos de escuta onde houve atritos de ordem comportamental entre uma mãe adolescente e uma mãe adulta.

Emergiram ainda, nos grupos de escuta, queixas de algumas mães acompanhantes e alguns familiares sobre a conduta de determinados membros da equipe de enfermagem no manejo do bebê (falta de delicadeza) e relacionamento interpessoal com a família (perguntas não respondidas e resistência na presença de familiares na UIN). Estes problemas foram discutidos e trabalhados no grupo, incentivando também a livre expressão de sentimentos e queixas para toda a equipe da UIN, enquanto direito de cidadania. Outra estratégia utilizada foi uma maior articulação entre a equipe do GAMA e a da UIN, em especial com a enfermeira chefe. Tais problemas poderiam ser minimizados com a presença de outros membros da UIN nas atividades do GAMA, aspecto apontado anteriormente.

Na condução das atividades procuramos utilizar estratégias que viabilizassem um relacionamento harmonioso da equipe da UIN com as mães e familiares, sem criar um ambiente de conflitos, de modo que a clientela percebesse as atividades do GAMA como uma ampliação da assistência neonatal.

As atividades do GAMA foram divulgadas em dois eventos científicos: I Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, realizado em outubro de 2003, em Ribeirão Preto/SP, e VI Encontro de Extensão, realizado em fevereiro de 2004, em

Recife/PE. Neste evento, concorreu a prêmio e obteve a primeira classificação (Anexo D). Ainda em fevereiro de 2004, a equipe do GAMA participou de um debate na Rádio Universitária, dentro do Programa UFPE para todos, quando os promotores entrevistaram quatro de seus elementos: a coordenadora (pesquisadora), um profissional de saúde (assistente social), uma aluna (bolsista) e uma participante (mãe acompanhante). O GAMA inserido como projeto de extensão, foi recentemente renovado, tendo sido contemplado por mais um ano com uma bolsa de extensão, para 2004. Assim, vem se consolidando como uma estratégia de apoio à tríade mãe-filho-família na UIN do HC/UFPE.

No quadro que se segue, apresentamos alguns assuntos abordados e atividades desenvolvidas pelo GAMA, no período de março a dezembro de 2003.

Quadro 1 – Assuntos abordados e atividades desenvolvidas pelo GAMA, número de reuniões e participantes, no período de março a dezembro de 2003.

Grupo	Mês	Número de reuniões	Número de participantes	Assunto ou Atividade
Escuta (fotografia 3 – Anexo C)	Março	03	20	Gravidez e parto, Prematuridade, Ser mãe de PT Direitos sociais e cidadania, Relacionamentos interpessoais, Amamentação, Planejamento familiar, entre outros.
	Abril	03	28	
	Maio	04	19	
	Junho	04	28	
	Julho	03	17	
	Agosto	04	26	
	Setembro	05	17	
	Outubro	02	10	
	Novembro	03	11	
	Dezembro	04	20	
Lazer (fotografias 4 a 10 – Anexo C)	Março	02	09	Passeio à praia, Passeio ao campus da UFPE, Visita ao museu, Oficinas de bordado, flores de papel, embalagens plásticas..., Jogos (bingo, pega varetas, dama...), Cantigas de roda, Festas comemorativas.
	Abril	05	18	
	Maio	04	27	
	Junho	04	21	
	Julho	04	18	
	Agosto	05	32	
	Setembro	04	15	
	Outubro	05	22	
	Novembro	04	09	
	Dezembro	04	14	

O trabalho com os grupos foi gradualmente tomando ampla dimensão e passaram a ser alvo de elogios espontâneos, como podemos perceber nos relatos de alguns profissionais da equipe de saúde e familiares no desenvolvimento da pesquisa-ação, registrados no diário de campo:

Este trabalho está muito certo, foi bom ter vindo para cá. A empatia entre as mães e vocês é visível, eu percebi não foi ninguém quem me contou. (Enfermeira da UIN)

[...] aumentou a produção de leite entre as mães, e isto eu venho observando junto ao banco de leite, e posso lhe mostrar no final deste mês, quando fizer a minha estatística. Acredito que este aumento vai diminuir o tempo de hospitalização do RN, mais adiante vamos comprovar isto, [...] diminuiu as queixas delas (mães) com o pessoal auxiliar, a convivência entre elas (mães e auxiliares) melhorou. Eu não tenho mais os problemas de antigamente, e elas (mães) agora têm um espaço para serem ouvidas e pessoas se preocupando com elas, você não imagina o benefício que isto traz para elas. L. (auxiliar do banco de leite) achava que isto não ia mudar as coisas aqui, mas quando ela percebeu o aumento na produção do leite, viu a importância deste trabalho (GAMA). Vocês que estão aqui não sabem das repercussões, mas nós que estamos nos bastidores sabemos do que se comentam de bom sobre o trabalho de vocês. (Enfermeira do Banco de Leite do HC)

Elas (mães acompanhantes) antes viviam pelos corredores /_/ mas depois que este trabalho começou, a gente nem vê mais elas pelos corredores, elas estão mais preocupadas com seus bebês. Parabéns! (Auxiliar de Enfermagem)

Este trabalho é importante para as mães, parabéns pela iniciativa. (Auxiliar de Enfermagem)

É muito bom porque elas (mães) ficam muito sozinhas aqui (alojamento materno). (Esposo)

É bom saber que têm gente que se preocupa com minha filha (mãe acompanhante) no hospital, eu fico mais tranqüila indo para casa. (Mãe da participante do GAMA)

Quando se entra nesta sala (local da reunião do GL) é só alegria... Eu fiquei vendo, é muito bom para ela (esposa). (Esposo)

Seguindo, os objetivos propostos, retratamos as duas categorias emergidas no estudo: **O ser mãe acompanhante do filho prematuro e de baixo peso ao nascer e A vivência materna no GAMA**, com seus respectivos núcleos temáticos.

4.2 O ser mãe acompanhante do filho prematuro e de baixo peso ao nascer

Inicialmente, apresentamos nos quadros 2 e 3, algumas características das 16 mães entrevistadas e seus recém-nascidos, seguindo a ordem de inclusão na pesquisa, sendo a primeira identificada por um codinome iniciado pela primeira letra do alfabeto e, assim, sucessivamente. Quanto à identificação dos recém-nascidos, esta foi feita, de acordo com o codinome dado à mãe. No caso de gêmeos, adicionamos a numeração por ordem de nascimento. A descrição das famílias participantes encontra-se no Anexo E.

A idade das mães variou de 15 a 28 anos e a escolaridade da 1ª série do ensino fundamental até a 11ª série ou segundo grau completo; onze das entrevistadas tinha um filho, incluindo o atual, e nove são do lar. Quanto a situação marital, 8 mães viviam em união consensual, 5 eram casadas e 3 solteiras. O número de participação foi de 5 a 19 (Quadro 2).

Com relação às características dos neonatos, 4 eram gemelares (RNs de Ana e Elaine); 9 eram do sexo masculino e 9 feminino. O Apgar no 1º minuto variou de 3 a 9 e no 5º minuto de 6 a 10. O peso ao nascer variou de 810 a 1.945 gramas, estando a idade gestacional entre 31 a 36 semanas (Quadro 3).

Quadro 2 – Características das mães acompanhantes entrevistadas no GAMA. HC/UFPE, 2003.

Mãe (codinome)	Idade (anos)	Nº de filhos	Escolaridade (Série)	Ocupação	Situação marital	Nº de participações no GAMA
Ana	28	03	4 ^a	Do lar	Casada	15
Beatriz	22	01	7 ^a	Doméstica	União consensual	08
Carolina	15	01	7 ^a	Estudante	Solteira	10
Dália	16	02	5 ^a	Do lar	União consensual	06
Elaine	25	03	7 ^a	Do lar	União consensual	06
Flávia	20	01	11 ^a	Do lar	Casada	05
Gerusa	20	01	11 ^a	Garçonete	Casada	06
Hortênsia	20	01	9 ^a	Do lar	Solteira	07
Isabel	20	01	10 ^a	Estudante	Solteira	06
Joana	27	01	11 ^a	Secretária	Casada	05
Leila	28	03	7 ^a	Manicure	União consensual	08
Maria	18	01	7 ^a	Do lar	União consensual	05
Nilce	21	01	6 ^a	Do lar	União consensual	11
Olga	20	01	1 ^a	Doméstica	União consensual	19
Paula	24	03	5 ^a	Do lar	União consensual	11
Quitéria	24	01	4 ^a	Do lar	Casada	09

Quadro 3 – Características dos recém-nascidos prematuros e baixo peso ao nascer.
HC/UFPE, 2003.

Recém-nascido	Sexo	Apgar 1º/5º minutos	Peso ao nascer (gramas)	Idade gestacional (semanas/dias)
RN1 (Ana)	M	5/8	990	34
RN2	M	4/6	810	34
RN (Beatriz)	M	6/9	1260	31/5
RN Carolina)	M	9/10	2305	35
RN (Dália)	M	6/8	1685	31
RN1 (Elaine)	M	8/8	1330	33
RN2	M	8/9	1260	33
RN (Flávia)	F	5/8	1320	33/5
RN (Gerusa)	F	6/9	1945	36
RN (Hortênsia)	M	9/10	2005	34
RN (Isabel)	F	5/8	1295	32/4
RN (Joana)	F	7/9	1270	31/2
RN (Leila)	F	8/9	870	31
RN (Maria)	F	6/8	1205	31/3
RN (Nilce)	F	3/8	1005	32/1
RN (Olga)	F	6/8	1520	33
RN (Paula)	F	7/8	1060	36
RN Quitéria)	M	7/9	1550	32/4

O significado de **ser mãe acompanhante do filho prematuro e de baixo peso ao nascer** mostrou a experiência como difícil, ruim e dolorosa, mesclada por sentimentos de tristeza, medo e insegurança:

É difícil, é muito difícil... Nunca passei, nunca passei dentro de hospital não, primeira vez. (Ana)

É triste, eu penso! (Carolina)

Primeiro lugar, foi muito difícil. Era péssimo, eu só ficava chorando... (Íris)

Sei lá, é muito difícil... a gente tem alta e eles (referindo-se aos filhos gêmeos) não têm, aí a gente fica acompanhando eles. (Elaine)

... medo, o que ficou comigo do começo até o fim, foi medo. Eu ficava muito insegura. (Flávia)

Estranho a princípio, já que eu nunca tinha sido e nem conhecia que existia isso, né? (Gerusa)

Tristeza queria ir para casa... foi ruim prá mim. Acho que foi ruim prá mim. (Hortênsia)

Difícil, muito difícil... Eu pensava que eu ia para casa... (Isabel)

... era difícil ser mãe acompanhante... eu tava lá (referindo-se ao alojamento materno)... preferia que ela (a filha) tivesse aqui do meu lado, ou então, eu lá (referindo-se ao berçário) perto dela... do que tá aqui (alojamento materno) e ela lá (berçário). (Joana)

Pra mim, num foi muito fácil, né... Difícil demais... dá vontade de descer e ir embora, deixar tudo aí... não é fácil ficar, ser mãe acompanhante. (Leila)

Pra mim ficou muito ruim. Eu estranhei... Até agora eu não me acostumei. (Maria)

Difícil... ficar aqui (referindo-se ao hospital)... (Nilce)

... é difícil... tem que ficar aqui (hospital). (Paula)

Difícil, difícil! É difícil! Tenho medo... tá sendo assim muito difícil... e hospital não é bom... É difícil, não é bom, a gente fica doida pra ir pra casa, não é muito bom, não! É uma experiência dolorosa, nunca mais vou esquecer! (Quitéria)

A partir da percepção da mãe, acerca da experiência vivida como acompanhante, identificamos quatro núcleos temáticos: **O sofrimento pela separação da família e o apoio recebido; O alojamento materno como prisão; Não admitindo a possibilidade de alta sem o filho e O alojamento materno enquanto espaço de novas amizades, aconselhamento e conflitos.**

4.2.1 O sofrimento pela separação da família e o apoio recebido

A hospitalização do filho na unidade neonatal estabelecia para a mãe uma condição imediata ao receber alta da maternidade, a de ser mãe acompanhante, que determinava um maior tempo de permanência na instituição, variando de 26 a 83 dias entre as entrevistadas.

A saudade da família era um sentimento freqüente entre as mães acompanhantes, principalmente dos membros mais próximos, como marido, filho, mãe, pai ou irmãos, conforme mostram os depoimentos:

Eu acho que vou endoidecer se ficar aqui (refere-se chorando ao hospital)... Esse tempo todinho aqui, ficando direto. /_/ Saudade do povo de casa, do meu marido, dos meus irmãos, da minha mãe. (Beatriz)

Era péssimo, eu só ficava chorando (sorri) pra ir pra casa, com saudade de casa. (Dália)

Realmente, porque junta o nenê que tá doente, você que tá só, a família que tá em casa, a saudade né? E o dia-a-dia longe, né? (Gerusa)

Que passa mil coisas na minha cabeça, que eu tô aqui com essa saudade, essa coisa (coloca a mão fechada sobre o coração)! (Quitéria)

Porque eu nunca convivi longe da minha mãe, do meu pai, dos meus irmãos, do meu marido também. (Maria)

Porque eu tô longe da família né... porque tem que ficar aqui (referindo-se ao hospital). Tô longe da minha família, longe dos meus filhos, né? (Paula)

A impossibilidade de exercer atividades rotineiras junto à família, em especial de cuidar dos outros filhos, do marido e da casa, apareceu como queixas das mães:

A gente abre mão de muita coisa pra ficar aqui (referindo-se ao hospital)! De ficar em casa cuidando do outro filho da gente que ficou em casa, do marido, da família. (Ana)

Porque a gente deixa as coisas em casa pra ficar aqui (referindo-se ao hospital) com eles (filhos gêmeos). Deixa marido, filho, casa pra arrumar... Porque minha menina em casa, também precisa de mim, meu marido. (Elaine)

Era muita mãe reclamando dentro do quarto, muita mãe chorando, porque passava muito tempo aqui (referindo-se ao alojamento materno) dentro, quem tem filho fora. Quando é o primeiro, tudo bem, tudo é ótimo... E quem tem dois, já? Sem poder ir embora! (Leila)

... porque eu tive que deixar tudo, pra ficar com ela (filha), minha casa, minha vida. Não imaginei que iria passar por isso. (Nilce)

A separação gerou muita ansiedade e culpa naquelas que deixavam de estar junto dos outros filhos, ausentando-se dos seus cuidados. Para minimizar tais sentimentos, compartilhavam entre si as vitórias conseguidas, inclusive as decorrentes de jogos de competição no grupo de lazer, como era o caso de Ana:

Eu ganhei ainda cinco chocolates (no jogo de bingo). Aí, eu me senti alegre, porque eu dei cinco chocolates pra minha filha. Eu guardei pra ela. (Ana)

Outras atividades do cotidiano da vida como o contato com outros membros da família e amigos e das atividades, também eram afetadas, conforme podemos perceber nos casos de Carolina, Leila e Quitéria:

... Assim na minha vida lá fora, sinto falta da minha família, dos meus amigos, tudinho. Sinto falta até do colégio! (Carolina)

...mais quem trabalha também /_/ Sem poder ir embora! (Leila)

Eu quero ter as pessoas (referindo-se à família) assim pra conversar, pra me distrair, tá entendendo? E hospital não é bom, você sabe, não é a casa da gente. /_/ Fico pensando tá sozinha aqui (chora), sem ninguém perto de mim, sem família, longe. Sou, muito apegada, que eu vivia antes, ia pra casa da minha mãe todo dia, e à noite esperar G. chegar. Quando eu me lembro dessas coisas, dá vontade de chorar. (Quitéria)

Nessa vivência, as mães destacaram a importância do apoio da família nos momentos difíceis, e no atendimento das suas necessidades:

Então, eu fiz uma coisa, liguei pra casa: - Mainha, tráz logo alguma coisa, caneta, papel, lápis de cor, livros, gibi, revista... um radinho, qualquer coisa, mãe. Traga, porque, se não eu não vou agüentar ficar. (Geresa)

... eu pensava que ia pra casa com a ajuda da minha família, que aqui (referindo-se ao hospital) ela tá me ajudando, tá me dando apoio, mais tô distante dela e foi muito difícil. (Isabel)

... É três meses aqui (referindo-se ao hospital) dentro. Eu disse: Pronto, vou mandar trazer mais roupa... (Leila)

4.2.2 O alojamento materno como prisão

Durante a hospitalização do filho, as mães permanecem alojadas em dois quartos próximos à unidade neonatal, ficando três em cada quarto. O acesso aos quartos é feito por um único corredor, isolado do alojamento conjunto por uma porta. O ambiente é desprovido de televisão ou qualquer outro equipamento que possibilite um momento de descontração. Por estarem de alta, recebem acompanhamento somente da enfermagem, do serviço social e da nutrição, o que determina um certo isolamento só quebrado pela idas e vindas na unidade neonatal para amamentar, aprender a cuidar ou acompanhar o filho hospitalizado, ou pela visita dos familiares.

Desse modo, a sensação de viver isolada, numa prisão, com limitação de espaço e relações, sem ter com quem conversar, foi manifestada principalmente por Ana que permaneceu 83 dias no alojamento materno; outras mães também reforçaram esse desabafo, retratando inclusive angústia e medo:

A gente fica aqui presa, não sai pra canto nenhum... A gente fica presa, fica isolada do mundo lá fora... numa prisão! Eu mesma me sinto presa, como se eu tivesse feito alguma coisa e estivesse presa. Porque a gente só fica assim do quarto pro berçário, do berçário pro quarto. (Ana)

Ontem eu desci e quando vi a rua pensei: - Onde é que eu tô? Meu Deus, onde o senhor me colocou. Eu olhei para o hospital e vi que realmente eu tô num presídio (referindo-se ao hospital) mesmo. Eu nem reparei para ele (hospital) quando entrei aqui, porque eu tava com muita dor. É como um presídio mesmo e eu tô presa! (Carolina)

Já que tava de alta, mas mesmo assim tava com o filho, ia fazer o quê? Se o filho ficasse dois meses, ia passar dois meses fazendo o quê? Aqui, né, além de ir no berçário ficar com a nenê? Só? É importante! A gente sai do quarto vem pro berçário, e dá de mamar, acompanhar, sabe? Toda fase é importante, é! Mais, e depois, né? Vai sair do berçário, e vai voltar pro quarto pra ficar deitada... No quarto que eu tô, você não vê nem a rua, né, só vê carro, porque dá pra vê o estacionamento, se não nem via isso. /.../ ... hoje tinha uma colega nossa de quarto, que ela disse assim: É, meu Deus, a gente deu a vida a uma pessoa e está presa, a gente não matou (sorri eufórica). Porque isso é uma prisão, tem hora que eu sinto uma prisão, a gente deu vida a alguém, não matou ninguém. Então, a gente não merece tá presa aqui (sorri). Então, você sente vez em quando, assim, ela dizia isto e a gente achava engraçado. Porque, realmente era como a gente se sentia, presa. /.../ G. dizia, né: A gente deu vida a alguém, não matou ninguém (sorri), a gente fica presa, por quê? (Gerusa)

A pessoa num local como esse aqui se abate, e a experiência não é boa não. Na realidade não é boa... A gente se angustia, muita angústia, medo. (Joana)

... eu me senti muito presa... tive que esperar meu filho melhorar, tudinho /_/ Mais lá dentro (referindo-se ao alojamento materno), que eu fiquei no quarto,... não foi muito bom não... (Hortênsia)

Os efeitos dessa permanência prolongada no alojamento materno foram percebidos por Gerusa, quando foi com o marido registrar a filha no cartório. Ao sair do hospital, estranhou a claridade e sentiu medo. Ao se deparar com a rua movimentada ficou parada, e seu marido a chamou. Então, ela falou para ele:

Eu estou com medo, por favor, me dê sua mão e não me solte. (Gerusa)

Gerusa disse que passou tanto tempo “fora do mundo lá fora”, inclusive sem assistir à televisão, que a sua cabeça parecia vazia. Referiu que não sabia que direção tomar, nem o ônibus. Continuou o relato afirmando que aquela era uma sensação estranha para ela, por ser uma pessoa que trabalhava e andava de ônibus diariamente. Se o marido não estivesse com ela, não saberia o que fazer.

Nesse sentido, Ana, que permaneceu 83 dias no hospital, ao participar de um passeio na praia de Boa Viagem com a equipe do GAMA, demonstrou estar desambientada quando se viu fora do hospital, como mencionou:

Eu me senti um peixe fora d'água. Fiquei doidinha quando saí (fala com alegria). (Ana)

Outra percepção que mereceu destaque foi verbalizada por Carolina, em concordância com as outras mães acompanhantes; esta, quando participava de um passeio no campus da UFPE, durante uma atividade do grupo de lazer, reforçou a percepção anterior de ser o alojamento materno uma prisão:

Vê se não parece um presídio (disse olhando espantada para o HC). (Carolina)

Nesse isolamento, as mães passavam a contar sistematicamente os dias que ali permaneciam, dando relevo à fala, ou expondo com gestos o ocorrido numa valorização firme sobre o tempo decorrido:

Tô há um mês e uma semana (aumenta a entonação da voz), eu pensava que ia ficar mais pouco. (Beatriz)

Aí, foi uma surpresa, eu tava pensando: - Ah! Eu vou ter meu filho e vou embora para casa (sorri). Mais não, tive que ficar um período (a voz soa forte) até agora, 28 dias. (Dália)

... eu nem sabia que ia ser mãe acompanhante, nem jurava que eu ia ficar tanto tempo, um mês aqui dentro (fala com firmeza). Pra mim, foi péssimo. (Leila)

... 25 dias hoje (conta nos dedos). (Maria)

E, já faz um bom tempo que eu tô aqui. / um mês e nove dias (voz firme) que eu tô aqui. (Nilce)

Por outro lado, a contagem dos dias de permanência no alojamento materno deixava de ser uma preocupação maior para as mães, quando o filho era transferido da unidade neonatal para o alojamento conjunto, ficando ao seu lado, sob seus cuidados e sendo amamentado exclusivamente com o seu leite. Nessa ocasião, pudemos perceber a satisfação e a expressão de alegria manifestadas:

Eh! De repente trouxeram ela (filha). Eu digo: Agora sim, tô satisfeita, eu passo até 2 meses aqui (sorri), porque ela tá aqui do meu lado. (Joana)

Mamãe se sente muito bem em tá pertinho dele (filho), não é mamãe? (acariciando, fala com o filho). (Elaine)

Hoje eu tô aqui com meu filho (sorri) muito agradecida, e espero sair em breve daqui. (Maria)

4.2.3 Não admitindo a possibilidade de alta sem o filho

Apesar de sentirem o hospital como uma prisão e de sofrerem com a separação da família, algumas mães não admitiam a possibilidade de ficarem longe do filho, por não terem coragem de deixá-lo, por se sentirem culpadas pela ocorrência de qualquer evento fatal, no seu período de ausência, ou mesmo por uma atitude de persistência, luta, esperança e amor, mesmo aquelas que tinham outros filhos, pois a prioridade era o filho internado.

E eu também, não tenho coragem de sair e deixar eles (filhos gêmeos) aqui. (Ana)

... mas eu prefiro ficar aqui com ele (filho) do que ir embora, e acontecer alguma coisa com ele, que eu vou me sentir culpada, se isso acontecer... (Carolina)

... eu não podia (ir embora), tive que esperar meu filho melhorar, tudinho. (Hortênsia)

Eu só saio daqui (hospital) dentro agora... se vai passar três meses... eu só saio daqui de dentro (hospital) com minha filha, ou boa, ou se vai se fechar os olhos também, tudo bem, ou se com a saúde dela. Daqui eu não saio, daqui ninguém me tira. Daqui eu não saio nem por dinheiro nenhum, só saio com ela nos braços, agora eu fico aqui, não tão passando (filhos que estão em casa) sem eu, ficam sem passar até eu chegar em casa. E eu fiquei. (Leila)

... com certeza ao lado da minha filha, jamaís eu iria pra casa e deixar ela aqui. (Olga)

Em casa tem quem cuida dos outros (filhos), né? E, aqui só quem tá podendo cuidar dela (recém-nascido) sou eu. Dá o carinho, sou eu. (Paula)

Porém, outras mães, quando percebiam que a possibilidade de alta do filho poderia depender do estabelecimento e manutenção do aleitamento materno exclusivo e da habilidade para cuidar do bebê, enchiam-se de ansiedade e medo, entendendo que seu período de permanência poderia se prolongar. Tais sentimentos podem ter sido intensificados com a postura dos profissionais da saúde ou pelas comparações que elas próprias faziam no contato com outras mães acompanhantes, que apresentavam maior produção láctea.

Se ela (neonatologista) dizer, assim, que vai sair só quando eu tiver leite, eu não vou sair nunca daqui (hospital). Porque, eu não vou ter, eu acho... Eu não tenho (leite) de jeito nenhum. { _ } tomando somente esse (leite)... Eu só tiro nem um copo num dia. Num tem aqueles copinho de plástico, eu não tiro um daquele cheio durante o dia, eu tenho? Mais tem mulê, que tem. C. (mãe acompanhante) mesmo, tem que só! Aquela outra menina (mãe acompanhante), que tá no quarto da gente... também. Tem um pouco que ela (C.) tira, o menino dela nunca tomou leite, só o dela mesmo. Elas (mães acompanhantes) também têm, e do jeito, que ela (C.) fazia, eu fazia também. Que a mulê do banco de leite me ensinou, assim, tirar todo dia, toda hora, assim, de três em três horas. Eu (demonstra tristeza)... E. (mãe acompanhante) tem mais. Porque é muito tempo sem o bebê mamar, eu acho. Eu não posso fazer nada. Sei não, eu fico só pensando em ir embora, eu não vou me acostumar, sei lá. (Beatriz)

Difícil, difícil! Que é responsabilidade da gente de tá aqui, é sim. Vai depender muito da gente. Cada coisa que elas (auxiliares de enfermagem) dizem à gente aqui no berçário, a mãe acompanhante. Depende da gente que elas dizem. Tudo depende da gente, mesmo. É difícil! (Quitéria)

4.2.4 O alojamento materno enquanto espaço de novas amizades, aconselhamento e conflitos

O convívio diário e por longos períodos com outras mães acompanhantes favoreceu o estabelecimento de novas amizades, troca de experiências, apoio mútuo e acolhimento às recém-chegadas; palavras de confiança e conselhos de como deveriam agir

nos momentos difíceis contribuíram para sua melhor adaptação ao ambiente aparentemente tão hostil e para aliviar as tensões.

Eu pensei que ia demorar para fazer amizade, assim dentro de um hospital. /.../ Foi um desabafo, elas (colegas de quarto) me ajudavam muito, me davam muito conselho. Aí, eu me acostumei. (Dália)

Bom, no começo eu fiquei um pouquinho calada, mais eu acho que depois eu até ajudei alguém, como também me ajudaram, né? A gente conversava. { _ } No início era aquela tensão, mas depois quando a gente ia trocando os problemas, ia conversando. E, como também dividir, compartilhar, eu acho que melhora, fica mais leve. Oh! por incrível que pareça às vezes era até divertido (sorri)... { _ } Quando a gente fez logo o ciclo de amizade, passou a conhecer mais uma a outra, era divertido. Era bom ter a companhia uma da outra, conversar, desaparecer um pouquinho. (Flávia)

Porque as pessoas (mães acompanhantes) que tão lá ainda hoje são todo mundo assim, alegres. { _ } É, procura se distrair com as coisas, não fica só naquela de ... baixo astral. { _ } E, a gente se reunia, brincava, ia bem. ... já troquei até telefone lá (alojamento materno), com as meninas (mães acompanhantes). O bom é isso, fica a amizade (sorri). (Joana)

É três acompanhante dentro de um quarto, mais todas três eu fiz amizade com tudinho. Até agora eu sinto saudade, adorei as meninas (mães acompanhantes), e foi totalmente diferente. Quando você tá ... no alojamento... é totalmente diferente você faz amizade, você conhece outras pessoas, sabe da vida das meninas (mães acompanhantes)... contavam tudo pra mim. Parecia que eu era a mãe mais velha dentro do quarto. Ficavam tudo conversando, contavam briga dos maridos, como que foi a gravidez, tudo. A gente botava as mágoas em dia, conversava tudo sobre os bebês que tava no berçário... uma das mães que me deu muitos conselhos. Porque a filha dela passou pelo mesmo processo da minha, ela disse: - Não desespere porque eu passei por tudo isso, eu chorava muito, mais eu passei por tudo isso... tive um apoio e foi ótimo pra mim... /_/ A gente quando sentava as quatro pra lê, lia todo mundo junto, contava sobre seus problemas juntos... Ficava todo mundo conversando os mesmos problemas dos filhos. E eu fiquei mais confiante, porque eu conversava com elas tudinho... Então, eu fiquei mais apoiada com elas ali, conversando com elas, batendo papo. Eu acho que respirei melhor e fiquei sentindo melhor a convivência, tornou-se mais fácil, tudo... e aliviava até a cabeça também. Porque eu botava pra rir, brincar. Pronto, alivia até o dia-a-dia da gente. (Leila)

Geralmente, no primeiro dia, né, que eu chegava nos quartos, aí tinha que conviver com pessoas estranhas, mais no segundo, eu já conversava, já conversava bastante sobre os meninos (filhos), puxando assunto, já pra haver uma amizade. E, graças a Deus, eu fiz muita amizade... /_/ Foram muito boas, me ajudaram muito, me deram vários conselhos, muito apoio, já que minha mãe não poderia tá vindo direto, mais elas me deram muito apoio, também! (Maria)

... no dia-a-dia, eu vou conversando, vou tentando me aproximar das pessoas, vou até, como é que se diz, vou contando minha vida a elas, elas vão contando a mim. (Nilce)

Em algumas ocasiões, os relacionamentos entre as mães eram facilitados pelos encontros com outras pessoas da família ou com moradores da mesma localidade, ou ainda quando se reuniam em grupo e iam até o pátio interno do hospital, atitude incentivada pelo GAMA:

Agora foi bom, num instante a gente se apegou umas às outras, né? E, principalmente com W. (mãe acompanhante), porque (sorri) a gente mora tão perto uma da outra... I. (mãe acompanhante) a prima da minha irmã de criação. Pronto! Aí ficou melhor! (Paula)

São todas muito companheiras (referindo-se a outras mães acompanhantes) que eu me apeguei, são ótimas. Saí inté com amiga (referindo-se a outras mães acompanhantes! (Quitéria)

Também, a convivência num ambiente fechado, durante longos períodos, acrescida das diferenças individuais, dificultaram o relacionamento entre as mães, levando a intrigas, brigas e agressividade. Algumas superavam as dificuldades encontrando força e alívio das tensões, quando estavam junto ao filho:

Tem gente (referindo-se a outras mães) assim, ignorante... A gente pensa que é amiga pra conversar. Não! (Ana)

Conversar com as colegas de quarto? É... depende das colegas, que há aquela, né? É mais é uma questão de personalidade da gente. Se vai dando, quando é possível, né? (Gersa)

Difícil, também porque pessoas que a gente não conhece. É muito difícil. E, eu tenho muita dificuldade de me relacionar com as pessoas. Foram momentos difíceis. (Isabel)

Tem hora que a gente bate uma com a outra, mais eu relevo. Eu relevo, eu saio, eu venho aqui. { _ } Quando eu vejo minha filha, vendo minha filha eu supero isso, tudinho, é minha força. Quando eu estou deprimida, venho, olho pra ela, converso com ela, e saio. Já me sinto um pouco mais aliviada. É, com certeza, primeiro lugar Deus, segundo ela. (Nilce)

Apreendemos que o ser mãe acompanhante do filho prematuro e de baixo peso ao nascer caracterizou-se como uma experiência difícil e dolorosa decorrente da separação do convívio familiar cotidiano, do confinamento no espaço hospitalar e conseqüentes conflitos gerados nas relações com outras mães, mas que a prioridade no momento é estar com o filho,

não se admitindo a possibilidade de alta sem ele. Por outro lado, a vivência foi permeada pelo apoio familiar recebido, estabelecimento de novas amizades e troca de experiências.

4.3 A vivência materna no GAMA

A implantação do GAMA permitiu a criação de um espaço onde as mães acompanhantes pudessem ser ouvidas, falando de seus medos, suas dúvidas e necessidades. Além disso, proporcionou momentos de alegria e descontração, muitas vezes compartilhados com seus familiares, com a equipe multiprofissional e também com alunos de graduação, promovendo a saúde mental de todos os sujeitos envolvidos. Essa experiência foi retratada nos depoimentos como boa, ótima, maravilhosa, dá força, ajuda muito, faz melhorar, apóia e vale a pena. As participantes apontaram a importância e necessidade da continuidade do trabalho desenvolvido pelo grupo, face aos benefícios oferecidos não só a elas, mas também às outras mães acompanhantes, evidenciando preocupação com o coletivo, como apreendemos falas que se seguem:

A experiência pra mim tá sendo muito boa mesmo, Pra mim foi ótima, maravilhosa. Dá muita força, tem me ajudado muito... eu estou me sentindo mais forte. (Ana)

É bom, passa o tempo... porque tem alguma coisa pra fazer. (Carolina)

... foi uma força muito grande que deu pra mim ficar aqui... mais animada. (Elaine)

E o apoio dos grupos é muito importante... Esse grupo não pode parar, acho que se parar as mães ficam sem estrutura, sem apoio. (Gerusa)

... fez eu melhorar um pouco... mais valeu a pena. (Hortênsia)

... depois que eu comecei a participar do grupo foi bem melhor, foi com certeza, foi válida... tem que continuar. (Isabel)

E, pra gente que tá passando por uma fase difícil, é muito bom. (Joana)

... esse grupo num devia se acabar nunca! Tem que trabalhar pra continuar sempre, porque é um apoio pra mãe... foi muito bom conhecer o grupo, eu adorei. (Leila)

Porque a gente fica calma, né, fica mais tranqüila. (Olga)

A partir dessa segunda categoria, agrupamos três núcleos temáticos: **A estratégia da escuta como terapia, O hospital como espaço para o riso e a descontração e A aquisição de força e o estabelecimento de vínculos afetivos.**

4.3.1 A estratégia da escuta como terapia

O grupo de escuta abriu um espaço que permitiu às mães desabafarem, dizerem o que sentiam, pensavam, enfim serem ouvidas. Inicialmente, demonstravam constrangimento ao falarem de si mesmas e dos seus sentimentos, mas gradualmente iam adquirindo confiança no grupo, soltando-se e deixando-se conduzir pelo profissional que estava coordenando a reunião da qual participaram também outras mães acompanhantes:

A gente tá aqui pra desabafar o que a gente passa, né... você (pesquisadora), assim uma conselheira, pra gente desabafar mesmo e conversar. A psicóloga também, ela vem, vai, conversa com a gente... Eu me sinto assim, desabafada. Aí, eu não tenho receio nenhum, qualquer problema assim eu procuro vocês e a gente conversa. (Ana)

Porque, às vezes a gente quer conversar com alguém... fica assim, sem os problemas, tira os problemas da cabeça... E, o grupo de escuta é bom, porque a gente tem com quem conversar... (Carolina)

É válido, assim, pelo menos a gente tem um cantinho prá desabafar, prá dizer o que a gente sente, o que a gente não sente, prá dizer o que a gente pensa e o que a gente não pensa. (Dália)

Então, eu me senti bem, né, na parte de escuta... conversar, desabafar um pouco, tirar dúvidas, né, perder um pouquinho dos medos, que é natural, né. Precisa assim, desse grupo pra conversar, pra desabafar, né... Então, eu acho que foi a primeira vez, quando eu contei o que aconteceu comigo do dia que cheguei aqui até o dia que eu tive. Foi a primeira vez que alguém parou pra ouvir o que eu tinha passado mesmo. Eu e minha família aqui mesmo, estando acompanhada. (Gerusa)

Durante o grupo de escuta, foi muito bom. Eu pude desabafar, falar o que eu queria, o que eu sentia... porque eu desabafei... (Maria)

É bom a gente desabafa, desabafa. No início eu senti medo, medo porque nós conversamos abertamente, né? Aí, senti bastante vontade de chorar. Ainda hoje, quando a gente conversa eu sinto bastante vontade de chorar. Mais, hoje em dia eu tô mais aliviada, eu confio nas pessoas que estão lá. Confio, eu me abro, assim posso conversar mais, eu me sinto mais leve, tá entendendo? (Nilce)

Porque aqui a gente se distrain, conversa com vocês. Tem a psicóloga conversa também, tem a assistente social também, né? (Paula)

... é bom demais, que a gente desabafa. Tem vez que a gente fica presa querendo falar e sem desabafar com ninguém, apesar de que a gente tá no alojamento, tudinho. Mais tem hora que a gente quer desabafar com alguém e não tinha. /_/ ... e como tinha esse grupo pra gente desabafar, pra gente falar tudo que a gente tava sentindo. É, os profissionais que a gente pode contar tudo a eles, entendeu? Foi ótimo pra mim! Eu mesmo gostei muito, porque eu desabafei muita coisa que eu tava passando aqui dentro e eu falava, chegava aqui falava, falava... Desabafava tudo que eu tava sentindo, má-criação, também. (Leila)

Na troca de experiências, as mães também compartilhavam sofrimentos vivenciados desde a gravidez e, por meio de comparações e auto-ajuda, sentiam-se fortalecidas e com esperança.

Minha experiência que eu conto assim, o que eu passei às minhas amigas (mães acompanhantes), né? Eu acho que todo mundo fica contando a sua e eu conto a minha... A minha experiência que eu tô passando aqui (hospital)! Tem gente com caso mais que o meu, né? Eu penso que o meu (problema) ainda é mais bom. Eu me sinto forte... a gente fica contando a experiência do parto, né, e outras coisas também. (Ana)

Muito bom, a gente se sente bem! Se sente viva um pouquinho, num é, se sente com mais esperança, acho que com mais força, né? (Gerusa)

Bom, eu senti que foi muito bom participando aqui com o pessoal. Conversei, falei sobre... tudinho que eu passei na gravidez. (Hortência)

No início foi difícil. Eu ficava muito emocionada. Qualquer coisa que falasse, eu chorava. Mais é um grupo que acho já deveria ter a muito tempo, né? Porque faz bem, a gente se anima e se distrai muito. (Joana)

Porque às vezes as companheiras tá com o mesmo problema, a gente passa o mesmo problema delas. /_/ E achei ótimo... que a gente relaxa a cabeça da gente... tem coisa que a gente conta a elas (equipe), eu chego a contar da intimidade da gente... Porque a gente sabe que elas (equipe) não vão { } ficam pra elas mesmo e, guardam. Eu mesmo me sentia assim, como uma segurança, vocês (equipe) como uma segurança, um escudo que eu podia

desabafar e conversar tudo que eu tava sentindo, tudo que eu tava preso dentro de mim... (Leila)

... ouvi conselhos, muitas pessoas me ajudaram, inclusive a senhora (pesquisadora) e a psicóloga... agradecer todas as pessoas que me ouviram, me aconselharam, me deram vários conselhos e graças a Deus isto serviu! (Maria)

Ajuda, me ensinei (aprendi), muito com M. (mãe acompanhante) também, o que ela disse quando viu o filho, como quando eu vi o meu também./ / Dá uma disposição na gente aqui, quando as meninas (alunas) tão aqui, sabe? Dá uma força. (Quitéria)

Além das vantagens apontadas, o grupo possibilitou o esclarecimento de dúvidas que, muitas vezes, as mães verbalizavam à equipe da unidade neonatal ou não obtiveram respostas satisfatórias aos seus questionamentos.

Mais, eu tenho aquela necessidade, que alguém de fora ouvisse, né, entendesse pelo menos, ou me explicasse o porquê, tirasse dúvida e dissesse assim: “Olha, aconteceu por isso, por isso, por isso. Entendeu? (Gerusa)

... me senti totalmente apoiada (sorri)... Depois, eu me entrosei mais com as pessoas. E, sabia que quando tivesse alguma dúvida poderia contar. (Isabel) Quando a gente tá com uma dúvida, vocês (equipe do GAMA) tira essa dúvida da gente. Então, eu achei maravilhoso. (Olga)

4.3.2 O hospital como espaço para o riso e a descontração

O hospital é uma instituição de atendimento à saúde voltada àqueles que necessitam de assistência no processo diagnóstico-terapêutico. É um local onde as pessoas se sentem fragilizadas e vulneráveis e sendo assim, necessitam de tempo para se adaptarem ao processo de hospitalização. Transformar o hospital num ambiente agradável para essas mães que se encontravam na condição de acompanhantes do filho que acabou de nascer, experienciando com isso momentos difíceis, é fundamental quando se objetiva humanizar o cuidado. Nesse sentido, o grupo de lazer possibilitou a promoção de momentos de alegria e distração às mães e seus familiares, que perceberam o brincar e o sorrir como condutas prescritas pela equipe multiprofissional.

Ah, eu me sinto alegre. É, a gente fica distraída, a gente brinca, ri... Tá me distraindo muito... a gente conversa, faz o que quer, a gente se distraindo. (Ana)

É bom, porque distraindo um pouquinho... Eu gosto. (Beatriz)

Porque, a gente se descontraindo, fica assim sem os problemas... (Carolina)

Eu tava muito desanimada, muito mesmo, E. (mãe acompanhante) também, só vivia chorando e a partir do momento que a gente começou a frequentar as reuniões, assim, todo dia nem parecia, ela começou a sorrir. (Flávia)

Quando passa todo mundo conversando, brincando, se divertindo, fazendo alguma coisa que gosta, ou se interessando em aprender algo... na parte de lazer... realmente eu me senti muito bem (sorri). É de conversar, se divertir, se descontraindo. (Gerusa)

É pra gente sorrir, um pouco. (Nilce)

Eu tô achando ótimo, porque antigamente as meninas (outras mães) diziam que aqui (hospital) não tinha nada pra fazer, né? E agora com vocês (GAMA) aqui toda... sexta (dia do grupo de lazer) tem alguma coisa pelo menos pra se distrair... (Paula)

... é uma distração pra gente. { } feito sexta-feira (dia do grupo de lazer), foi uma distração todo mundo aqui conversando, você (pesquisadora) animando a gente (sorri). Muito bom pra gente! (Quitéria)

Ao recortarmos as falas de algumas mães acompanhantes, percebemos a dimensão dos benefícios que o lazer no hospital pode ocasionar às mães no difícil momento vivido: ajuda a esquecer um pouco a preocupação; evita pensamentos desagradáveis, quando se ocupa o tempo com uma atividade útil à mente; assim, o tempo passava sem que percebessem, aliviando a tensão, promovendo relaxamento e entretenimento e permitindo, às vezes, que esquecessem o ambiente em que estavam, minimizando a sensação de estarem presa.

Aí, esquece um pouquinho toda a preocupação. (Ana)

... tira os problemas da cabeça. (Carolina)

... não tá pensando um monte de besteira. (Elaine)

... Ocupar com aula... que realmente sirva pra mente, que seja útil. (Gerusa)

O tempo passou assim, que eu nem vi. (Joana)

... não tá com aquela tensão na cabeça... Há um relaxamento... / / coisas pra me interter. Às vezes, esquece que tá aqui dentro do hospital,... digamos { } presa... (Quitéria)

As atividades desenvolvidas foram diversificadas para não se constituírem em mais uma rotina. Assim, os espaços criados tanto para escuta quanto para o lazer eram esperados pelas mães com muita expectativa e curiosidade, denotando a aceitação e importância do GAMA para essa clientela.

... A gente já tem o dia marcado. Chega na segunda-feira, a gente já tem aquele dia, aquela hora. /.../ Chega o dia da sexta-feira da gente fazer as atividades e fica ansiosa... pensando como é que vai ser? (Ana)

E, aí, quando vai chegando a segunda e a sexta, a gente lá no quarto, fica doidinha. E, quando chega no domingo, a gente fica, amanhã é o dia da reunião... Fica logo feliz, porque já tá chegando o dia... (Carolina)

Então, que tem que ser assim, se todos forem fazer vai ser bom, porque se reúnem todo mundo, e faz... ansiosa pra chegar a próxima sexta (sorri). (Gersa)

Porque tem muitas coisas que vocês oferecem na realidade. E, pra gente que tá passando por uma fase difícil, é muito bom. (Joana)

E, durante a semana, assim, quando não tem a reunião, eu me sinto um pouco presa dentro de mim. Como se fosse uma angústia. Aí, a gente fica rezando que chegue logo a segunda, a sexta. (Nilce)

A diversidade de atividades de lazer realizadas também estimulava a participação das mães que apresentavam preferências e habilidades diferenciadas. Algumas demonstravam interesse por trabalhos manuais, como bordado em ponto de cruz, enquanto outras se divertiam mais com jogos coletivos.

A que eu gostei foi a do bingo, né? Porque a gente ria, as meninas batia, a gente batia, tinha a ansiedade de bater, tinha gente que batia duas vezes e a gente ficava triste pensando que não ia ganhar nada (sorri)... mais é, depois a gente ganha! (Ana)

As atividades eu gostei de todas, assim, fazer aquelas florzinhas, fazer esse ponto cruz. (Elaine)

Vai ter ponto de cruz? Aí, eu me interessei. Ah! Agora uma coisa que eu sei, é uma coisa que eu gosto de fazer. Então, se vai ter ponto de cruz, eu vou ter com que me ocupar. Então, eu imaginei logo, minhas revistas de bordado em casa, minhas toalhinhas lindas. { } Ah, então eu vou trazer pra fazer

aqui... E, se essas meninas (mães acompanhantes) também gostarem de fazer, é bom que junta todo mundo, e já faz. Vai tudo trocando idéia, trocando, né, monogramas, trocando desenho, trocando de linha, e conversando e vendo o que é melhor, e fazendo logo. (Gerusa)

As atividades, aí, nem se fala. Eu fiz aquele bordado (ponto de cruz)... (Joana)

Ah! O grupo de lazer é uma maravilha (sorri). O bordado, o bordado porque distrai a mente, tem... as andadinhos também são boas... A gente, né, discontrai, né? (Nilce)

Considerando que muitas mães acompanhantes permaneciam reclusas no hospital por longos períodos de tempo, tornava-se importante, também, diversificar o local onde realizávamos as atividades recreacionais e de lazer. Nesse contexto, sair do espaço hospitalar (passeio no campus, praia, museu etc.), colaborava no sentido de despertar a atenção para aspectos da natureza até então pouco apercebidos. As fotos tiradas durante os passeios também eram referências positivas.

A gente pode até sair, se distrair um pouquinho... eu achei muito bom esse grupo. { } Foi muito bom prá mim não passar muito tempo presa aqui (alojamento materno) dentro, sair um pouquinho, vê a rua, vê várias pessoas... Foi positiva. (Maria)

No outro dia, foi um passeio na praça da UFPE, a gente viu os patos, passeou, andou, tirou bastante foto. Foi muito bonito. Hoje foi uma festa que a gente fez (festa junina), tudinho... Foi muito boa também. (Hortência)

Ótimo, eu gostei muito, principalmente o passeio que foi ótimo (sorri). Eu nunca imaginei que pro lado de Recife existia uma coisa tão linda, que nem aquele laguinho, muito lindo mesmo. Eu gostei, amei, ótimo. Até hoje, meu marido me leva prá lá. Até hoje, me arrasta (sorri): Vamo pra aquele canto? Aí, a gente vai e passa a tarde todinha... (Dália)

Ajudaram muito, os passeios (sorri)... o da praia (sorri). Fazia um tempão que eu não tinha ido à praia, né? E, quando eu olhei aquela imensidão ali, eu fiquei tão parada. Tu (pesquisadora) conversando... e eu olhando. (Flávia)

Por outro lado, Ana demonstrou ambivalência com relação às saídas, quando verbalizou que a volta para o alojamento materno, significava o retorno aos problemas cotidianos do ser mãe acompanhante, porém via a experiência como boa e ótima:

É, que se fosse assim, da gente sair e voltar sem aperreio, não!... Se a gente sair, se distrai e volta, é o mesmo problema que a gente deixou. Aí, depois quando termina a gente sai daqui, aí já vê a realidade. A gente tem aquela hora de conversar, de fazer as atividades, mas depois a gente sai, cai na realidade. { _ } Cai na real. Mas, a experiência, pra mim tá sendo muito boa mesmo, tá me distraindo muito... Pra mim foi ótima. (Ana)

A proximidade do local onde se realizavam as reuniões do grupo com o berçário foi importante para Gersa, pois pôde se divertir estando próxima à filha, conforme relata:

Aí, ter esse grupo é bom, porque a gente tá perto do berçário e tá se divertindo (sorri)./_/_ eu saí daqui muito feliz... (Gersa)

Durante as atividades de lazer, os filhos que estavam hospitalizados eram sempre lembrados, inclusive os que estavam em casa. Isto ficou evidente quando as mães aprenderam bordar em ponto de cruz o nome dos filhos. Também, o fato de aprenderem com rapidez um trabalho manual foi motivo de alegria, assim como ensinarem o que aprenderam a outras mães acompanhantes.

... foi aqui que aprendi a fazer o nome nos panos, o de I. (filha). Chegar em casa vou fazer os dos outros. (Leila)

Me identifiquei com o ponto de cruz... Fiz o nome dela (filha), o meu nome. (Paula)

Gosto das atividades. Porque tem alguma coisa que eu nunca tinha, assim, feito { _ } bordado (sorri). O bordado, as flores { _ } fazer flores aprendi fácil, em dois dias eu já sabia fazer. (Olga)

... Até de fazer as florzinhas de papel que eu não sabia, né, agora já ensino pra as meninas (outras mães acompanhantes). (Gersa)

4.3.3 A aquisição de força e o estabelecimento de vínculos afetivos

A participação da mãe nas reuniões do GAMA significou mais um passo na caminhada para superar os momentos difíceis, quando subitamente ao seu papel de mãe era acrescido o de acompanhante do filho hospitalizado. Desse modo, pudemos evidenciar o impacto positivo do grupo através das falas, revelando a aquisição de força, ajuda e apoio:

*Dá muita força, tem me ajudado muito... eu estou me sentindo mais forte.
(Ana)*

É muito bom, ajuda muito... a participação no grupo... me sinto mais aliviada, né? (Dália)

*Eu gostei mesmo, foi uma força muito grande que deu pra mim ficar aqui, pra ficar mais animada aqui, porque tem que ter paciência. (Elaine)
... depois que eu fui... que vi o entusiasmo... assim, ajudou muito. (Flávia)*

E o apoio dos grupos é muito importante. Foi ótimo, assim, uma ajuda muito boa (sorri) É bom isso, dá uma força muito grande... (Gerusa)

Apesar das dificuldades enfrentadas durante todo o cotidiano de ser mãe acompanhante, as atividades desenvolvidas pelo GAMA permitiram o estabelecimento de vínculos afetivos, em virtude das interações que se estabeleceram durante a convivência.

*Porque eu vou dizer, eu vou sentir muita falta quando eu sair daqui. Mais, não é do hospital, não. É o momento que eu tive aqui no grupo: as pessoas, as conversas, os desabaços, as brincadeiras, os risos. Eu vou sentir falta!
(Leila)*

Mesmo após a alta do prematuro, as mães procuraram manter contato com a equipe do GAMA, nos retornos para seguimento ambulatorial, exibindo com orgulho os filhos por quem lutaram e sofreram. Uma delas mostrou-se emocionada e num desabaço, verbalizou:

Eu tenho tanta saudade daqui (alojamento materno) era muito bom (demonstra emoção). Passei momentos difíceis, mais também conheci muita gente boa, que me ajudou. Eu tenho saudade! (Gerusa)

Pelo exposto, constatamos que a vivência das mães acompanhantes no GAMA foi positiva por ter possibilitado espaços de escuta, o riso e a descontração no ambiente hospitalar, a aquisição de força e o estabelecimento de vínculos afetivos, constituindo-se, portanto, em intervenção terapêutica.

5 REFLETINDO SOBRE A AÇÃO DO GAMA

*A porta da verdade estava aberta, mas só deixava passar meia pessoa de cada vez;
Carlos Dummond de Andrade*

Como fruto de observação da realidade, o desenvolvimento deste trabalho concretizou-se a partir de nossa mobilização em implantar um grupo de apoio à mãe acompanhante, durante sua permanência com o filho prematuro e BPN no Hospital Amigo da Criança – HC/UFPE. A partir desta intervenção é que pudemos compreender o significado do que é ser mãe acompanhante logo após o parto e como se processou a sua vivência no GAMA.

A utilização da abordagem qualitativa nos deu subsídios que permitiram nossa aproximação com a realidade estudada, através da construção de um quadro teórico com explicações conceituais densas, que nos possibilitou explorar e estender o cuidado à família, na perspectiva da humanização.

A análise dos resultados, inicialmente, fez com que identificássemos que intervir com estratégias inovadoras em unidades neonatais, através de grupos de apoio é um desafio, pois a ênfase do cuidado anteriormente centrava-se nos aspectos biológicos da amamentação, desconhecendo ou subestimando as alterações que ocorriam na dinâmica familiar frente à hospitalização de um bebê de risco na UIN e à permanência materna no alojamento.

Logo, percebemos que a condição de ser mãe acompanhante do filho prematuro e de baixo peso ao nascer desdobrava-se, num curtíssimo espaço de tempo, em múltiplos significados frente às circunstâncias diferenciadas, atribuídos pelas mães. Na continuidade da análise, identificamos que o sofrimento com a separação da família foi uma situação já vivenciada, por mães acompanhantes participantes de outros estudos, como veremos mais adiante, evidenciando um grande sofrimento humano.

Compreendemos que nem a mãe, nem a família do prematuro se encontravam preparadas para viverem mudanças tão súbitas ao adentrarem ao hospital, pois inicialmente sonhavam com o nascimento de um filho normalmente esperado, saudável e com traços físicos familiares. A circunstância vivida mostrava-se extremamente sofrida para todos os membros da família, especificamente para as mães que se viam de modo súbito como acompanhantes.

Ao interagir com essas mães acompanhantes e seus familiares, fornecendo-lhes apoio, fomos criando no cotidiano do serviço a relação enfermeira-cliente, desenvolvendo vínculos afetivos, e nesse contexto, escutávamos seus problemas nos momentos difíceis, promovendo sua saúde mental através de atividades de lazer voltadas à humanização do cuidado.

Os sentimentos evocados durante o grupo de escuta eram coerentes e coincidentes com os autores, que se aproximaram de uma visão holística inclusive no atendimento à família e descreveram na dinâmica familiar as mudanças geradas pelo sofrimento com a separação, durante o processo de hospitalização. Um deles, adentrando por uma perspectiva interacionista simbólica, verificou que a mãe acompanhante de crianças portadoras de câncer sabia que sua ausência estava representando um sacrifício não só para sua família, como também para os amigos, que se dispuseram a ajudá-la no desempenho das suas funções, que antes eram de sua responsabilidade (ANGELO, 1997).

Oliveira (1998) revelou que a condição de mãe acompanhante em uma unidade de internação pediátrica desencadeia uma reviravolta na vida familiar, por se ver obrigada a modificar seus hábitos, seu projeto de vida e sua relação com a família, em função do curso de sua vida mudar de uma hora para outra, afastando-se das atividades que realizava no dia-a-dia, da família, dos amigos, da casa, do trabalho, ficando à disposição do filho internado no

hospital. A esse respeito, Gomes (1999) relatou que os papéis de mãe, esposa e profissional entram em conflito.

Por sua vez, Bousso (1999), ao estudar a experiência das famílias que tinham um filho internado numa UTI pediátrica, constatou que esta se sentia como se tivesse sofrido um golpe, porém no caso específico da mãe acompanhante, esta necessitou elaborar algumas estratégias para lidar com as modificações e a separação dos outros membros da família, que ficaram em casa.

Alguns estudos com mães e familiares de RNPT revelam os conflitos e a ansiedade vividos exacerbando o sofrimento. Javorski (1997), investigando mães que permaneciam em cuidado canguru até a alta do prematuro, constatou a ansiedade delas decorrente do afastamento materno do lar, a qual poderia ser minimizada com a flexibilização do horário, permitindo que ela retorne, à noite, para o domicílio.

Tal estratégia foi utilizada na instituição onde Furlan, Scochi e Furtado (2003) desenvolveram sua pesquisa. As autoras perceberam que apesar de reduzir a ansiedade das mães que permaneciam em método canguru somente durante o dia, estas apresentaram outros problemas familiares decorrentes da ausência materna no domicílio. Naquelas mães com menor poder aquisitivo a ida diária ao hospital significou certo desgaste físico e emocional, além do aumento do gasto com o transporte. Com base nos resultados obtidos, as autoras sugerem que tais dificuldades poderiam ser minimizadas com o fornecimento de recursos para o transporte e a alimentação das mães, havendo a necessidade de um trabalho articulado com a rede básica de saúde e outros setores sociais.

Caetano (2004) demonstrou que diante da necessidade de permanecer com o filho prematuro no método canguru, a situação é conflitante para a mãe, que fica sempre dividida, quando tem que deixar outros filhos em casa, ou quando, não tendo outros filhos, afasta-se da

família, deixando o esposo ou companheiro e demais membros da família. Tais constatações também foram citadas nos estudos de Javorski (1997) e Furlan, Scochi e Furtado (2003).

No presente estudo, o resultado a despeito desse sofrimento revelou que, inicialmente, elas sentiam saudade dos membros mais próximos, como marido, filhos, pais e irmãos, carência afetiva que se mostrou mais acentuada entre as mães procedentes das localidades mais distantes, por ser o hospital referência no estado para o atendimento à gravidez de risco. Sendo assim, estas recebiam visitas familiares esporadicamente, dificultadas na maioria das vezes por problemas de deslocamento e gastos com passagens, já que a maior parte da nossa clientela detinha baixo poder aquisitivo e as viagens comprometeriam o orçamento familiar, pois o hospital não disponibilizava recurso algum nesse sentido. Enfim, a percepção de ter que deixar ou abrir mão de muita coisa frente à hospitalização do filho revelou-se como um problema para as mães acompanhantes que participaram do estudo.

Assim, retomando o estudo de Javorski (1997) entendemos sua preocupação quando discute a necessidade de rever o enfoque da assistência centrado nos aspectos biológicos da amamentação ao isolar a mulher do seu contexto social. Particularmente, adicionado a esse aspecto tão importante da assistência, cremos que a melhoria da qualidade ao pré-natal, ao parto e pós-parto possam minimizar consideravelmente esse sofrimento humano, através de ações humanizadas.

Nesse contexto, evidenciamos que o apoio recebido da família foi um suporte social imprescindível e o primeiro a ser utilizado por essas mães e com a mesma percepção de McLoughin (1995), entendemos que sentimentos de afeto e de estima estavam presentes nesse tipo de suporte. Em seus estudos com famílias de crianças com câncer, Nascimento (2003), percebeu que as relações afetivas eram indicativas da superação dos problemas e do seu enfrentamento, trazendo alívio para o sofrimento nas dificuldades.

Contudo, a força que a mãe recebia poderia vir também dos profissionais interessados em lhe fornecer algum tipo de ajuda, ferramenta fundamental para que ela vivenciasse o seu papel de acompanhante, como constatou Oliveira (1998).

Scochi et al. (2003, 2004) destacam a necessidade de se implantar intervenções hospitalares sistematizadas dirigidas ao favorecimento da relação mãe-filho e família, recomendando os grupos de apoio e de discussão nos quais os pais possam obter esclarecimentos acerca da condição clínica e terapêutica do filho, expressar sentimentos e conflitos vivenciados desde o nascimento e trocar experiências com outros pais. Os autores perceberam a satisfação da clientela, a partir da experiência, e que o apoio recebido dos profissionais e dos outros pais auxiliou no enfrentamento da situação de risco do bebê.

O GAMA, contando com uma equipe multiprofissional atuante e sensível à questão, teve também, nas ações desenvolvidas junto às mães acompanhantes e familiares, uma boa receptividade por parte destes sujeitos. Ao longo de um caminho árduo, as mães viram acolhidos sua dor e sofrimento, através da intervenção de vários profissionais, o que as deixou mais fortalecidas.

Assim como Scochi et al. (2004), percebemos que inicialmente as mães mostravam-se apreensivas e caladas, mas com o desenrolar das vivências no GAMA elas iam se desinibindo progressivamente, demonstrando contentamento, descontração e participação mais efetiva nas atividades programadas, além de externar agradecimentos pelos momentos de escuta e lazer compartilhados.

Destacamos que, apesar de ter sido um trabalho gratificante para todos os elementos da equipe, como pudemos perceber, esse não foi um trabalho fácil, pois lidar com emoções requer, por vezes, ações rápidas e eficazes. Mas mesmo, nos envolvendo totalmente com o trabalho, nem sempre atingimos os resultados almejados pelas famílias e também por nós, da equipe. Conforme citado anteriormente, uma das dificuldades encontradas foi a falta

de envolvimento de outras categorias profissionais, como a enfermeira, o médico neonatologista, o terapeuta ocupacional, o nutricionista e o fonoaudiólogo, porém os resultados coletivos e o aprendizado obtidos na convivência com os sujeitos, impulsionaram o trabalho do grupo, que se mantém até o presente momento. Segundo Rossato-Abéde e Ângelo (2002) as intenções coletivas são mais estáveis do que as individuais e, foi o que pudemos perceber com o decorrer do tempo no nosso trabalho.

Assim, interagindo e intervindo junto à tríade mãe-filho-família, estamos contribuindo com as ações de humanização tão discutidas no serviço, a partir da proposta elaborada pelo PNHAH/MS, e perseguidas por nós do GAMA, na tentativa de minimizar os efeitos da hospitalização prolongada para as mães acompanhantes na instituição do estudo, cujo foco de atenção concentrava-se na criança, não existindo ações que contemplassem a mãe acompanhante e família, numa visão holística do cuidado prestado.

A equipe da unidade neonatal muitas vezes trabalhava com número reduzido de profissionais que, informalmente, argumentavam não dispor de tempo para ouvir a clientela, concentrando-se mais no atendimento às necessidades da criança hospitalizada e no estabelecimento e promoção do aleitamento materno exclusivo. Esses profissionais, muitas vezes, não levavam em consideração as inter-relações no contexto vivido pelos sujeitos, em face de o hospital adotar um programa verticalizado e rigoroso no cumprimento das metas pré-concebidas, e assim deixavam à parte outras demandas verbalizadas pelas mães acompanhantes.

Estudando as crenças que permeavam a humanização da assistência numa UTI pediátrica entre os profissionais de enfermagem, Pauli e Bousso (2003) observaram que a enfermeira encontrava apoio nas normas da instituição para lidar com as situações com as quais não sabia como agir, levando as autoras a compreenderem de que modo essa crença

influenciava seu relacionamento com a família, assim como a forma de proporcionar a humanização da assistência.

Em estudo anterior, utilizando como recurso a teoria da ação racionalizada para descrever o processamento de informações humanas, no caso específico da enfermeira, Rossato-Abéde e Angelo (2002) entenderam que a pressão institucional ou as normas subjetivas exerciam mais influência sobre as intenções deste profissional do que suas atitudes pessoais.

Nesse sentido, a implantação do GAMA mostrou um importante trabalho terapêutico, adicional ao cuidado fornecido ao recém-nascido na unidade neonatal, pois sendo extensivo à família, fornecia, também, suporte à mãe e família não só no processo da amamentação, tão almejado no serviço.

Reiteramos serem inquestionáveis as vantagens do aleitamento materno, todavia, práticas de incentivo focalizadas apenas nas demandas da criança não garantem o seu sucesso, pois devemos levar em conta, também, outras necessidades tanto da mãe do recém-nascido prematuro como de sua família. Por vezes, o que repassamos com tanto rigor no hospital pode ser abandonado aquém deste contexto, fato constatado em nossa experiência na assistência domiciliar, como mencionamos na introdução deste estudo. Mello (1998) encontrou no domicílio algumas crianças prematuras e de baixo peso, sendo amamentadas, apenas, por três semanas após a alta, devido a questões domésticas e de relacionamento da mãe com outros filhos, dificultando e interferindo na continuidade do ato de amamentar. Diante dos fatos, questionamos também, de que forma estamos repassando essas informações no ambiente hospitalar e articulação dessa assistência com a rede básica, de modo a possibilitar a continuidade da atenção e apoio a esta clientela tão vulnerável.

Na busca do cuidado humano neonatal na assistência ao recém-nascido prematuro ou doente, Levin (1999) fez uma crítica a IHAC sobre os dez passos da amamentação com

sucesso. O autor incluiu outros passos nesse processo, enfatizando a redução do estresse psicológico da mãe e o atendimento das suas necessidades, recomendando a intervenção de outros especialistas para assisti-la, além do ginecologista; também, mostrou preocupação com a permanência hospitalar prolongada da mãe, sugerindo a visita de familiares.

Salientamos que, o estabelecimento deste apoio formal na nossa instituição buscando sensibilizar os profissionais da UIN, não terminou ou resolveu os problemas definitivamente, pois intervir junto à mãe e família perpassa pela ampliação do conhecimento e da visão de mundo dos profissionais, no sentido de compreenderem e refletirem sobre a sofrida experiência da família ao vivenciar o nascimento de um bebê prematuro e com BPN, diante da sua hospitalização.

Durante as reuniões do grupo de escuta, as mães compararam o alojamento materno a uma prisão, percepção que se devia ao isolamento que lhes era imposto, um dos determinantes causadores de seu sofrimento, como apontado nas falas. Porém, mesmo diante de tal entendimento, elas não admitiam a possibilidade de alta sem o filho, o que nos levou a buscar na literatura a justificativa para tal decisão, encontrando explicação para esse fenômeno, na visão do senso de dever moral da mãe com o filho, segundo Coyne (1995) e Angelo (1997). Nos trabalhos do GAMA, coube a nós, como grupo, desenvolver estratégias que pudessem permitir aos pais assumirem esse compromisso moral para com o filho, do modo mais ameno possível, desmistificando a percepção das mães de serem prisioneiras no contexto da instituição. Então, passaram a ver, gradativamente, o alojamento materno como espaço de novas amizades e aconselhamentos, ao se relacionarem e trocarem experiências com outras mães acompanhantes apoiadas pela equipe, concebendo, essa nova visão. Apesar de existirem momentos representativos para as mães, que modificavam comportamentos, estas passaram também a considerar o espaço como gerador de conflitos. A equipe do GAMA nestas poucas ocasiões agiu de forma decisiva, estimulando e mostrando a necessidade de

uma convivência pacífica entre elas, atuando na busca da conciliação dos conflitos advindos da longa permanência no ambiente hospitalar.

Quando olhamos a intervenção na perspectiva da vivência materna no GAMA através das atividades desenvolvidas, afirmamos que ele possibilitou maior adaptação das mães ao alojamento materno, como pudemos perceber com a continuidade do trabalho. A estratégia de escuta aliviou tensões, promoveu trocas, conversas, inclusive a aquisição de forças na superação das dificuldades.

Em concordância com Lima (2002), defendemos ser a comunicação é um recurso terapêutico essencial que dá acesso à autonomia, à confiança mútua e à segurança, permitindo a interação entre a equipe de saúde, o paciente e sua família. Assim, para estabelecermos uma comunicação adequada é necessário primeiro escutar, já que o autor considera o ouvir um ato passivo e automático. Depreendemos, que ao escutar as mães, conhecemos suas reais necessidades, o que nem sempre correspondia aos nossos pensamentos. E foi a partir deste instrumento que traçamos e fornecemos algumas orientações surgidas das necessidades verbalizadas. A comunicação como um instrumento básico utilizado no âmbito da enfermagem, continua sendo um desafio para a qualidade da assistência (CIANCIARULLO, 2000).

Quanto à dimensão concreta sobre as repercussões da hospitalização nos sujeitos, pudemos alcançá-la com a introdução da escuta em nossa prática, sobre a qual tínhamos conhecimento apenas da literatura de alguns trabalhos que nos chegavam às mãos, sem que nos mobilizássemos para tentar transformar nossa realidade. Porém, através do conhecimento adquirido, da pesquisa-ação e esmiuçando a literatura, tornamos exequível a estratégia da escuta como terapia utilizada com as mães acompanhantes.

Analisando os resultados obtidos com a implantação desse processo tão complexo, na perspectiva de pesquisador, percebemos que adicionamos à nossa pessoa, como

profissional, paciência, humildade, perseverança e respeito, atributos necessários para lidar com os conflitos que surgiam. Assim, conseguíamos driblar esses conflitos com o auxílio de outros profissionais, por exemplo, sobre a questão ampliada de ser necessário atendermos as necessidades da tríade mãe-filho-família.

A respeito do surgimento de conflitos, Lamy (2000) percebeu contradições em relação à prática humanizada na unidade neonatal onde desenvolveu suas atividades. A autora afirmou que, embora existisse uma política de humanização estabelecida através de um programa, essa humanização mostrava-se presente apenas no discurso dos profissionais, pois alguns conflitos giravam em torno do saber e do poder destes mesmos profissionais.

Assim como Pessini et al. (2003), também acreditamos que num contexto desafiador, a finalidade principal de intervir junto as nossas mães acompanhantes seria a de atender, visando um sentido mais humano. Pois, atender com respeito e criando vínculos através do diálogo e dos interesses compartilhados, pôde nos ajudar a enfrentar desafios com responsabilidade e compromissos éticos, na busca da humanização do cuidado. Sendo assim, colocamos em segundo plano os conflitos advindos no dia-a-dia, sem, contudo, deixar de enfrentá-los.

Vila (2001), estudando criticamente o significado cultural do cuidado humanizado em UTI, referiu que o ato de humanizar poderia deixar de ser um discurso para se tornar uma vivência verdadeira, melhorando, desse modo, a qualidade do cuidado de enfermagem, pensamento com o qual concordamos.

O conceito e as concepções sobre o cuidado enfatizado por Boff (1999) que serviu de base e pilar inicial para a construção desse estudo, foi o que procuramos adotar nas ações que desenvolvemos junto à tríade mãe-filho-família. Assim, o que buscamos realizar com o GAMA foi sair do mero discurso para a prática consistente, sem abandonar a flexibilidade,

ações indispensáveis na condução de um trabalho que reuniu diferentes atores sociais, com pensamentos distintos.

A esse respeito, Ciampone (1998) chamou nossa atenção para o fato de que deveria ocorrer uma mudança de mentalidade e preparo entre os membros de uma equipe, que deveriam agir em grupo, como uma verdadeira equipe, em cada realidade de saúde distinta para superação dos problemas.

Desse modo, Rego (1991) já considerava a empatia, a vocação e a experiência como características importantes para o desenvolvimento desse tipo de trabalho. Assim, mesmo já tendo em outras ocasiões desenvolvido trabalho grupal participamos de um curso de capacitação ministrado aos coordenadores de grupos operativos, como mencionado no capítulo anterior, e nos dedicamos a essa vivência de modo mais instrumentalizado para a prática.

Apesar da profissão de enfermagem ter como característica o relacionamento com pessoas (outros profissionais, pacientes, familiares), Lucchese (2000), ao estudar o grupo operativo como estratégia pedagógica, observou que os enfermeiros têm pouca experiência quando assumem o papel de coordenador numa intervenção grupal, daí a necessidade de buscarem capacitação.

Com relação às intervenções realizadas por meio do GAMA, frisamos que ao mesmo tempo em que promovíamos mudanças no dia-a-dia das mães, concretizou-se a reforma das instalações físicas, com pintura das paredes, portas e aquisição de mobiliário, alterações que repercutiram positivamente entre as mães acompanhantes e seus familiares. O intento foi melhorar qualitativamente o ambiente onde elas permaneciam, dando ao mesmo um aspecto acolhedor. Os depoimentos delas e dos familiares a respeito dos resultados confirmaram o que ora afirmamos.

Por outro lado, a introdução do lazer como estratégia adicional para humanizar o cuidado nas atividades do GAMA oportunizou o brincar e o sorrir, promovendo saúde através da arte e da criatividade. Então, sob um novo olhar, a mãe acompanhante percebeu o hospital como espaço para o riso e a descontração, inclusive nos momentos de lazer fora do hospital, nas caminhadas no jardim, em visitas ao museu e no passeio à praia, fazendo-as distanciarem-se por alguns momentos da difícil situação que estavam vivendo, sem sentimentos de culpa, ao compartilharem momentos alegres e descontraídos, nos quais os familiares, como o esposo e a avó, tiveram uma atuação mais participativa. Esta ampliação do espaço físico de circulação da mãe acompanhante e familiares, a partir da implantação do GAMA, possibilita um novo sentido ao alojamento materno que anteriormente era visto como prisão.

A preferência por atividades de lazer fora do ambiente hospitalar, com maior contato com a natureza, também foi verbalizada pelas mães entrevistadas por Scochi et al. (2004), participantes do programa de atividades lúdico-pedagógicas e recreacionais.

O lazer é colocado como uma necessidade social, cuja finalidade, entre outras é a de promover um relaxamento compensador do estresse da sociedade e do desgaste físico e mental. É importante introduzi-lo no ambiente hospitalar, sob a orientação de profissionais qualificados, visando à promoção da saúde dos indivíduos (BUENO, 1981). Quando desenvolvemos atividades de lazer junto às mães acompanhantes e familiares, julgamos estar somando esforços para humanizar o cuidado e promovendo, inclusive, a saúde mental dos sujeitos, segundo as colocações da autora.

Na perspectiva da humanização, Florentina (2003) alerta que o desenvolvimento de novas práticas exige tempo e credibilidade da equipe, mas afirma que, os objetivos só serão alcançados se a equipe contar com pessoas envolvidas que acreditem no que foi proposto. As premissas para uma prática humanizada, segundo o autor devem considerar que humanizar não é técnica ou artifício, é um processo de vida a ser incorporado a todas as atividades das

peessoas que trabalham no processo saúde-doença. Registramos, aqui, que as ações desenvolvidas no GAMA pareceram, a nós, como um filme cheio de constantes emoções ou momentos prazerosos, no qual estávamos a caminho de um final feliz repleto de aprendizado.

Quando desenvolveu ações humanizadas numa UTI pediátrica com a equipe e a família, Fabre et al. (1992) consideraram que tecnologia e humanização poderiam e deveriam ser praticadas juntas, desde que se utilizassem na prática o conhecimento tecnológico acompanhado de afetividade, compreensão e amor, ingredientes que sempre acompanharam nossas atividades no GAMA. Em nosso trabalho, reconhecíamos nas mães seus gostos individuais, como sujeitos de direitos (FORTES, 2000), possibilitando autonomia para tomarem decisões, e combinávamos com elas a programação das atividades de lazer, revertendo-se em aprendizado mútuo entre as mães acompanhantes e a equipe do GAMA.

Depreendemos de trabalhos que focalizam esse tipo de abordagem, que a tendência crescente nos hospitais é de incluir várias formas de expressão artística para humanizar e educar a comunidade. Brunherotti et al. (2000) e Scochi et al. (2004) ao introduzirem atividades lúdico-pedagógicas e de lazer junto aos pais de bebês de risco, em especial às mães, concluíram ser esta uma estratégia criativa e inovadora, tendo como finalidade a assistência integral e humanizada. Urben (2001), citando Falcão, enfatizou que no contexto hospitalar, a arte é um recurso que pode dar às pessoas confiança, auto-estima, prazer e revitalização.

Ao intervir com um projeto agregando artistas e profissionais de saúde numa instituição hospitalar, Proetty (2001) fez com que o sentimento de felicidade também pudesse fazer parte da realidade da pessoa, restituindo-lhe a alegria de viver, ajudando-a na superação dos traumas da enfermidade e da internação, favorecendo aos sujeitos lidarem com eventos de difícil expressão ou geradores de tensão, cujos benefícios não pôde avaliar, mas sentiu. O autor destacou o riso como a expressão mais pura de saúde observada em alguém e foi o que

constatamos, quando nos reunimos para escutar música, cantar cantigas de roda, relembrar coisas, lugares e momentos gostosos da infância, pois tanto as mães como nós da equipe sorríamos bastante ao identificarmos ter vivenciado situações semelhantes.

Diante desse contexto, evidenciamos que a mãe, ao participar do GAMA, foi adquirindo força e estabelecendo vínculos afetivos tanto entre si como com o grupo multiprofissional, desenvolvendo relações humanas sólidas que se mantiveram mesmo após a alta da criança. Constatamos essas afirmações nos retornos às consultas ambulatoriais de seguimento, pois nessas ocasiões somos sempre visitadas por elas e seus familiares.

Scochi et al. (2004), analisando a experiência de implantação de novas estratégias de cuidado dirigidas às mães de bebês de risco assistidos em unidades neonatais, também verificaram que elas consideraram a experiência positiva, pois cria vínculos, distrai e recarrega as energias para o enfrentamento da hospitalização do filho.

Embora tenha havido uma pequena participação de outros membros familiares no presente estudo, não perdemos de vista que mesmo trabalhando com indivíduos, em sua maior parte mães acompanhantes, o conhecimento advindo da pesquisa possibilitou a compreensão de aspectos importantes para a assistência à família de RNPT e de BPN.

Ao finalizarmos essa discussão, queremos reforçar que a ação humana de cuidar desenvolvida pelo GAMA, no contexto hospitalar, foi concretizada quando intervimos nas situações que sinalizavam para outras demandas do ser humano fragilizado, por uma permanência prolongada no hospital, que fugia ao seu controle, especificamente no caso de mães acompanhantes de bebês de risco internados numa instituição amiga da criança.

Além do mais, como enfermeira, concordamos com Sugano, Sigaud e Rezende (2003), que partem do trabalho da enfermagem contemporânea, qual seja o de criar grupos de apoio aos pais, cujos filhos estão hospitalizados, oportunizando a eles uma sistematização da assistência de enfermagem com qualidade.

Nossa reflexão final baseia-se em Demo (1999), quando diz: *É possível uma postura transformadora, desde que prática*. Diante de tudo que foi exposto, recomendamos a estratégia do GAMA como algo a ser urgentemente adotado nos contextos hospitalares, especificamente naqueles que não possuem atividades sistematizadas que contemplem a tríade mãe-filho-família, a fim de lhes prestar um cuidado holístico nos casos de prematuridade e de BPN, desde que se respeitem as singularidades dos sujeitos que experenciam esta problemática.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As coisas são, as coisas vêm, as coisas vão e vêm, não em vão. As horas vão e vêm, não em vão.
Oswald de Andrade

Iniciamos nossa atuação na Enfermagem assistencial e, posteriormente, seguimos no processo ensino-aprendizagem, na área da Enfermagem Pediátrica, mais especificamente em Enfermagem Neonatal, tendo como ponto de convergência o binômio mãe-filho.

No entanto, ao aprofundarmos o conhecimento acadêmico na pesquisa e assistência, fomos ampliando nossa visão sobre a Enfermagem Neonatal direcionando o olhar ao cuidado e inserindo ao binômio mãe-neonato, a sua família, e aí já começamos a pensar na tríade mãe-filho-família.

Esse novo olhar nos levou a questionar, na esfera hospitalar, o enfoque do cuidado centrado apenas na criança, desconsiderando as repercussões do nascimento e da hospitalização de um bebê prematuro e com BPN, na estrutura e dinâmica familiar. O cenário da hospitalização prolongada dessas crianças de risco determina uma mudança súbita na vida das mães que num curtíssimo espaço de tempo tornam-se acompanhantes do filho e, sem estarem preparadas para esta mudança, devem permanecer alojadas no hospital.

Traçando um caminho pouco percorrido na prática profissional das unidades neonatais no país, no que se refere à assistência ao RNPT e de BPN, a sua mãe e aos familiares, evidenciamos a necessidade de realizar uma intervenção no contexto estudado no qual devem ser inseridos grupos de apoio mantidos por uma equipe multiprofissional, para atender às demandas da mãe acompanhante, bem como dos familiares, dentro das suas possibilidades de participação.

Sob a ótica da abordagem qualitativa, compreendemos a essência do sofrimento humano que envolve a problemática da prematuridade e do BPN, no período que vai do

nascimento à hospitalização, e assim promovemos a escuta da mãe acompanhante. Introduzimos, também, o lazer nas atividades grupais, para amenizar os efeitos dessa permanência prolongada, humanizando o cuidado.

Desse modo, este estudo aponta para uma ação humana de cuidar, cujo aprendizado coletivo se dá de forma concreta e positiva num contexto formal. Acrescentamos que esta nossa experiência não termina aqui, pois poderá servir como um ponto de referência para outros profissionais de saúde e pesquisadores que tenham interesse e sintam-se motivados para desenvolver intervenções dessa natureza, buscando transformar a realidade dos serviços que assistem a tríade mãe-filho-família. Novos desafios se colocam para a enfermagem na prática profissional e nas pesquisas com famílias, como a necessidade de buscar estratégias para encorajar a participação de outros membros da família e equipe da unidade neonatal.

Na esperança de termos contribuído para ampliar subsídios de como intervir através de uma pesquisa-ação num hospital amigo da criança apontamos alguns pontos a serem considerados no seu desenvolvimento:

- ✓ A prematuridade e o BPN são fatores de risco que, atuando isoladamente ou associados sobre os recém-nascidos, envolvem dimensões de cunho biopsicossocial.
- ✓ O nascimento e a hospitalização da criança prematura e BPN, ocasionam modificações importantes na família, fragilizando todos os seus membros.
- ✓ O foco de atenção que prioriza as necessidades biológicas da criança, nas instituições amiga da criança, determina à mãe acompanhante do filho hospitalizado uma longa permanência no contexto hospitalar, permeada por muito sofrimento humano.
- ✓ O estabelecimento de estratégias de apoio à família, através da escuta e do desenvolvimento de atividades de lazer, pode e deve ser acessado pelos profissionais na prática clínica.

- ✓ O trabalho desenvolvido nas unidades neonatais por uma equipe multiprofissional possibilita atender, de modo amplo, às necessidades da tríade mãe-filho-família.
- ✓ O aprendizado grupal se dá de forma mútua entre os membros da família e a equipe de profissionais que os assiste.
- ✓ A adoção de várias formas de expressões artísticas apresenta-se como uma tendência crescente nos hospitais na busca da humanização do cuidado.
- ✓ Ao intervir junto à tríade mãe-filho-família, valores e atitudes de respeito e solidariedade à vida humana, consolidam uma concepção ampliada do fazer saúde no contexto hospitalar.

Enfim, os depoimentos que transcrevemos nesse estudo, não são de situações humanas imprevistas e individuais, mas representam os depoimentos de mães que junto aos seus familiares vivenciaram, vivenciam e vivenciarão a experiência marcante do nascimento de um recém-nascido com risco biopsicosocial.

REFERÊNCIAS*

* De acordo com: Serviço de Biblioteca e Documentação-PCARP-USP, Diretrizes para apresentação de Teses e Dissertações da USP: documento eletrônico ou impresso. Sistema Integrado de Bibliotecas/USP. São Paulo, 2003

AHMANN, E. Family-centered care: shifting orientation. **Pediatr Nurs.**, Pitman, NJ, v. 20, n. 2, p. 113-7, 1994.

ALBERMAN, E.; EVANS, S. J. W. A epidemiologia da prematuridade: etiologia, frequência e prognóstico. **An. Nestlé**, São Paulo, v. 44, p. 5-24, 1992.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2.ed. São Paulo: Pioneira/Thomson Learning, 2001. 203 p.

ANGELO, M. **Encontrando significado no processo de cuidar da criança e de sua família**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1996. /Mineografado/.

ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem**. 1997. 117 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ARAÚJO, B. F.; BOZZETTI, M. C. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. **J. Pediatr.** São Paulo, v. 76, n. 3, p. 200-206, maio-jun. 2000.

AVERY, G. B. Neonatologia: perspectiva na década de 90. In: AVERY, G. B. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 3.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. cap. 1, p.3-7.

BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. Reações psicológicas nos pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v. 36, p. 242-246, jun. 2000. Edição Especial.

BARBOSA, V. L. **O vínculo afetivo na UTI neonatal:** uma questão de reciprocidade da tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem. 1999. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

BELLI, M. A. J. **Assistência à mãe de recém-nascido internado na UTI neonatal:** experiências, expectativas e sugestões manifestadas por mães e enfermeiros. 1992. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

BELLI, M. A. J. **Mães com filho internado na UTI neonatal:** um estudo sobre representações sociais. 1999. 130 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 231-239, abr./jun. 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar:** ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.

BOLTSARIS, A. S. **O desabafo de um médico:** os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 322 p.

BOUSSO, R. S. **Buscando preservar a integridade familiar:** a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI pediátrica. 1999. 191 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

BRADT, J. O. Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos. In: MCGOLDRICK, M.; CARTER, B. **As mudanças no ciclo de vida familiar:** uma estrutura para terapia familiar. 2. ed. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p. 206-221.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Criança. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Criança/Projeto Minha Gente, 1990. 110 p.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 41, out. 1995. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 out. 1995. Seção 1.

BRASIL. Portaria n. 171, 29 maio 2000. Resolve cadastrar o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco como Amigo da Criança, no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 maio. 2000. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto promoção da saúde**. Brasília, 2001. 112 p.

BRASIL. Fundo das Nações Unidas para Infância. Organização Pan-Americana de Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília, Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sps/areas/tecnicas/scrianca/aleitamento/iniciativa.htm>. Acesso em: 30 jul. 2002a

BRASIL. 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**, Brasília, DF, 12 jun. 2002b. Seção 1.

BRASIL. Organización Panamericana de la Salud. **Perfil de Salud de País**. Brasília. Disponível em: <http://www.paho.org.Spanish/SHA/prflbra.htm>. Acesso em: 26 mai 2002c

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.humaniza.com.Br/home/>. Acesso em: 26 abr. 2002d.

BRASIL. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Disponível em <http://www.lei.adv.br/8080-90.htm>. Acesso em: 10 mai. 2004.

BRUNHEROTTI, M. R.; PEREIRA, F. L.; SOUZA, M. I.; NOGUEIRA, F. S.; SCOCHI, C. G. S. Lazer para pais de bebês de risco: a experiência junto ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. 3, p. 435-442, jul-set. 2000.

BUENO, S. M. V. **Contribuição ao estudo da aplicação do lazer no ambiente hospitalar**. 1981. 237 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1981.

CAETANO, L. C. **Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família**. 2004. 179 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CAMARGO, R. A. A. **Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital**. 2002. 166 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Uma estrutura para terapia familiar. 2. ed. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p. 30-60.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2000. 164 p.

CIAMPONE, M. H. T. **Grupo Operativo – Construindo as Bases para o ensino e a Prática na Enfermagem**. 1998. 184 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000. 154 p.

COUTINHO, S. B. **Mortalidade neonatal em 5 maternidades da cidade do Recife, 1994**. Recife, 1996. (Relatório Técnico de Pesquisa – UNICEF).

COYNE, I. T. Partnership in care: parents views of participation in their hospitalized child's care. **J. Clin. Nurs**, Oxford, v. 4, n. 2, p. 71-79, 1995.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. 6.ed. São Paulo: Autores Associados, 1999. 102 p.

DIAS, I. M. A. V. **Apego mãe e filho: base para assistência de enfermagem neonatal**. 2000. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. 3.ed. São Paulo: Perspectiva, 2001. 333 p.

FABRE, Z. L.; TOBIAS, L. T.; BERRETA, I. Q.; THIAGO, M. L. S. A humanização em UTI pediátrica: a equipe e a família. **Arq. Catarinense Med.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 34-37, jan/mar. 1992.

FENWICK, J.; BARCLAY, L.; SCHMIED, V. Activities and interactions in level II nurseries: a report of an ethnographic study. **J. Perinat. Neonat. Nurs.**, v. 13, n. 1, p. 53-65, 1999.

FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **RAP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 49-60, 1998.

FLORENTINO, L. C. **A participação do acompanhante no processo de nascimento na perspectiva de humanização**. 2003. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FLORES, L. P. O. **Características da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo**. 1999. 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FORTES, P. A. C. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v. 53, n. especial, p. 31-33, dez. 2000. Número Especial.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - Escola Nacional de Saúde Pública. Programa Radis: **Assistência perinatal e neonatologia no Brasil**, Rio de Janeiro, n. 17, 1999. 31 p.

FURLAN, C. E. F. B.; SCOCHI, C. G. S.; FURTADO, M. C. C. A percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Rev Latino am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 444-452, 2003.

GAÍVA, M. A. M. **Organização do trabalho na assistência ao prematuro em uma UTI neonatal de Cuiabá – MT**. 2002. 190 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GALVÃO, E. C. F.; TEDESCO, S. Interação enfermeiro-família; atendimento que faz a diferença. **SOBETI Rev.**, São Paulo, v. 1, p. 10-3, 1998.

GAMBOA, N. S. G. **Cuidar para enfermeiros de UTI neonatal**: descrição das categorias significantes. São Paulo, 1997. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

GOLDENBERG, J. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá/Inst. Franco Basaglia, 1994. p. 153-168.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 2.ed. Rio de Janeiro, Record, 1998.

GOMES, M. M. F. **Ter o filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal**: o significado para os pais. 1992. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1992.

GOMES, A. L. H.; QUAYLE, J.; NEDER, M.; LEONE, C. R.; ZUGAIB, M. Mãe-bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. **Rev. Ginec. Obstet.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 205-208, 1997.

GOMES, M. M. F. **As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI neonatal:** construindo possibilidades de cuidado. São Paulo, 1999. 238 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 8.ed. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2001. p. 224.

JAVORSKI, M. **Os significados do aleitamento materno para as mães de prematuros em cuidado canguru.** 1997. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

KATO, A. F. **A família diante da cronicidade de uma doença infantil.** 1994. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal.** Tradução Maria Isabel Carmagnani. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001. 392 p.

KENDALL, D; LINDER, R; MURRAY, J. C. **Sociology our times:** the essential. Toronto: ITP Nelson, 1998.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais e bebês:** a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 320 p.

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H. Assistência aos pais. In: KLAUSS, M. H.; FANAROFF, A. A. **Alto risco em neonatologia.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. cap. 5, p. 86-97.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Vínculo. Construindo bases para um apego seguro e para a independência.** Tradução Maria Rita Hofmeister. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 121-49.

LAMY, Z. C. **Estudos das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal**. Rio de Janeiro, 1995. 200 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da criança e da mulher) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **J. Pediatr.**, São Paulo, v. 73, n. 5, p. 293-298, 1997.

LAMY, Z. C. **Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações**. 2000. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde da criança e da mulher) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

LEVIN, A. Humane neonatal care initiative. **Acta Paediatr.**, Stockholm, n. 88, p. 353-355, 1999.

LESTARD, K.; LENNOX, K. Developmental care: marking your NICU a gentler place. **Can. Nurse**, Ottawa, v. 91, n. 2, p. 23-6, 1995.

LIMA, R. T.; MARINO, W. T.; LUCENA, L. É ainda o baixo peso ao nascer um problema de saúde pública no Brasil? **Rev. IMIP**, Recife, v. 12, n. 1, p. 3-12, jun. 1998.

LIMA, A. L. R.; TADDEI, J. A. A. C. Tendência secular do peso ao nascer na Maternidade de São Paulo. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 127-36, set. 1998.

LIMA, R. A. G. **Experiência de pais e de outros familiares de crianças e adolescentes com câncer: bases para os cuidados paliativos**. 2002. 113 f. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2002.

LINS, R. C. V. G., MEDEIROS FILHO, J. G., BATISTA, S. S. Avaliação epidemiológica da gestação em adolescentes de João Pessoa – PB – Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Saúde**, João Pessoa, v. 5, n. 2, p. 131-140, 2001.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 330.

LUCCHESI, R. **Grupo operativo como estratégia pedagógica em um curso de graduação em enfermagem** : um espaço continente das vivências dos alunos quartanistas. 2000. 225 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade**. Petrópolis: Vozes, 1889.

MARANHÃO, A. G. K. **Situação de saúde da criança no Brasil**. Brasília, 2004./Mimeografado/

MARINO, W. T. **Estudo descritivo dos recém-nascidos de muito baixo peso em uma maternidade de nível terciário**. 2001. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MARIOTONI, G. G. B.; BARROS FILHO, A. A; WACKED, W. B. O recém-nascido de baixo peso: morbidade e mortalidade hospitalares, Maternidade de Campinas, 1994. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 101-6, set. 1996.

McLOUGHLIN, A. M. **Formal and informal support for mothers who have had a baby in neonatal intensive care unit**. 1995. 449 f. Thesis (Doctor) – University of Manchester, Manchester, 1995.

MELLO, D. F. de. **O cuidado de enfermagem no seguimento de crianças prematuras e de baixo peso**. 1998. 191 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MEYERHOF, P. G. **Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém-nascidos pré-termo**. 1996. 208 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1994. p. 269.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1999.

MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e aos recém-nascidos**. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

MOURADIAN, L. E.; ALS, H. The influence of neonatal intensive care unit caregiving practices on motor functioning of preterm infants. **Am. J. Occup. Ther.**, Rockville, v. 48, n. 6, p. 527-533, 1994.

NASCIMENTO, L. C. **Criança com câncer: a vida das famílias em constante reconstrução**. 2003. 224 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Family knowledge development in the field of childhood cancer. In: The seventh annual Ethel Johns Nursing Research Forum. Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. XI Eta Chapter, 2002, Vancouver, B.C., Canada. **Resumos...** Vancouver: University of British Columbia, 2002. p. A1.

NETO, D. L.; NÓBREGA, M. M. L. Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem.**, Brasília, v. 52, n.2, p. 233-242, abr./jun. 1999.

OLIVEIRA, I. **Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora – a experiência da mãe acompanhante**. 1998. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

OLIVEIRA, I.; ANGELO, M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora – a experiência da mãe acompanhante. **Rev. Esc. Enfermagem. USP**. São Paulo, v. 34, n. 2, p. 202-208, jun. 2000.

ORTIZ, M. R. L. et al. Experiência com grupo de pais em UTI pediátrica. **J. Pediatr.**, São Paulo, v. 69, n. 5, p. 307-309, 1993.

PAULI, M. C.; BOUSSO, R. S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Latino am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 280-286, 2003.

PEDROSO, G. E. R.; ANGELO, M.; BARBOSA, S. M. B. **O cuidar de uma equipe no processo de transição da assistência à criança: uma questão administrativa.** In: JORNADA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA, 4., 1998, **An. Jornada de Enfermagem Pediátrica.**, Campinas: UNICAMP, 1998.

PEDROSO, G. E. R. **O significado de cuidar da família na UTI neonatal.** 2001. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PEREIRA, M. E. R. **O lazer como aspecto alternativo de alívio de tensão para equipe de enfermagem, em CTI.** 1997. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

PERNAMBUCO. Governo de Pernambuco. **Ações do Governo de Pernambuco/Municípios.** Disponível em: <http://www.pernambuco.gov.br>. Acesso em: 30 jul. 2002

PESSINI, L.; PEREIRA, L. L.; ZAHER, V. L.; SILVA, M. J. P. Humanização em Saúde: o resgate do ser com competência científica. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 203-218, abr./jun. 2003

PISCOYA, M. D. B. V.; SILVA, K. G. C. **Perfil dos recém-nascidos de baixo peso ao nascer na maternidade do hospital das clínicas da UFPE no ano 2000.** Recife, 2000./Mimeografado/

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3.ed. Porto Alegre: Cortez, 1995.

PROETTY, E. Intervenção psicológica segundo o uso da técnica clown em instituição hospitalar: projeto mensageiro da alegria. **Integ.: ensino, pesquisa, extensão**, v. 7, n. 25, p. 155, 2001. Número Especial.

REGO, J. D. **Assistência aos pais de recém-nascidos prematuros, doentes e malformados**. s.1, Nestlé Serviço de Informação Científica, n. 48, 1991.

RIBEIRO, L. O que é holística. **Jornal Aprendiz**, Ribeirão Preto, p. 9, 3 mar. 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; SOUZA, H. G. B. L. Características tecnológicas do processo de trabalho em berçários. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 3, p. 349-354, 1999.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A .G. **O cuidado à criança: uma abordagem através da família**. Ribeirão Preto, EERP-USP, 2002. /Mimeografado/

ROSSATO-ABÉDE, L. M.; ANGELO, M. Crenças determinantes da intensão da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. **Rev Latino am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 48-54, 2002.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. 540p.

RUBIN, H. J.; RUBIN, I. S. **Qualitative interviewing: the art of hearing data**. Thousand Oaks: Sage, 1995.

SANTELLI, B.; TURNBULL, A.; HIGGINS, C. Parent to parent support and health care. **Pediatr. Nursing**, Pitman, v. 23, n. 3, p. 303-306, 1997.

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem ao recém-nascido na unidade intermediária. **Cad. Pesqui.** São Paulo, v. 2, n. 1, p. 44-51, 1998.

SAUNDERS, A. N. Changing nurses' attitudes toward parenting in the NICU. **Pediatr. Nurs.**, Pitman, v. 20, n. 4, p. 392-394, 1994.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. 245 f. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C. G. S.; NOGUEIRA, F. S.; PEREIRA, F. L.; BRUNHEROTTI, M. R. Programa para pais de bebês de risco: contribuição para formação do aluno de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 1, p. 36-43, jan./fev. 2002.

SCOCHI, C. G. S.; KOKUDAY, M. L. P.; RIUL, M. J. S.; ROSSANEZ, L. S. S.; FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 539-543, 2003.

SCOCHI, C. G. S.; BRUNHEROTTI, M. R.; FONSECA, L. M. M.; NOGUEIRA, F. S.; VACONCELOS, M. G. L.; LEITE, A. M. **Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva destas mulheres**. Ribeirão Preto, EERP-USP, 2004. /Mimeografado/

SILVA, M. O. S. **Refletindo a pesquisa participante**. 2.ed. São Paulo, Cortez, 1991.

SILVA, M. H. A.; RIUL, M. J. S.; SCOCHI, C. G. S. Assistência aos pais de crianças de alto risco em unidade de terapia intensiva neonatal: experiência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PERINATOLOGIA, 15, 1996, Belo Horizonte. **An. Congresso Brasileiro de Perinatologia**, Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Perinatologia, 1996. p. 96.

SILVA, M. A. P. D.; SILVA, E. M. Os valores éticos e os paradigmas da enfermagem. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 83-88, 1998.

SILVA, K. G. C.; PISCOYA, M. D. B. V.; SIMÕES, A. **Perfil dos recém-nascidos vivos pré-termo nascidos na unidade neonatal do hospital das clínicas no ano 2000**. Recife, 2000./Mimeografado/

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Comitê de Neonatologia. Participação dos pais em unidades neonatais. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 6, n. 22, p. 131-132, 1988.

SUGANO, A. S.; SIGAUD, C. H. S.; REZENDE, M. A. A enfermeira e a equipe de enfermagem – segundo mães acompanhantes. **Rev Latino am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 601-607, 2003.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985. 108 p.

TREVISAN, M. A.; MENDES, I. A. C.; LOURENÇO, M. R. et al. Al encuentro de la competencia del cuidado según Boff: una nueva perspectiva de conducta ética de la enfermera gerente. **Revista Latino am. Enfermagem**, v. 11, 5, p. 652-657, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Novo modelo conceitual e operacional do HC/UFPE**. Recife, 1997. 91 p.

URBEN, H. A terapia artística no contexto hospitalar. **Integr. ensino, pesquisa, extensão**, São Paulo, v. 7, n. 25, p. 142, 2001.

VASCONCELOS, M. G. L. **Perfil do aleitamento materno em crianças de 0 a 24 meses de idade no Estado de Pernambuco**. 1999. 91 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1999.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; HALPERN, R. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 34-45, fev. 1996.

VILA, V. S. C. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido**. 2001. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. **Lancet**, London, p. 436-437, 1988.

WOLKE, D. Environmental and developmental neonatology. **J. Reproductive Inf. Psychol.**, v. 5, p. 17-42, 1987.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**. Elementos essenciais à intervenção efetiva. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 1118.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. Tradução Silvia M. Spada. São Paulo: Roca, 2002. p. 237.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ abaixo assinado, declaro que concordo em participar da pesquisa “Construindo novas possibilidades de cuidado dirigido às mães de prematuros assistidos na unidade neonatal de um hospital universitário de Recife – PE ”, que será realizada pela aluna de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, orientada pela Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi. A pesquisa tem como objetivo avaliar o significado da minha vivência através da participação no Programa de Apoio aos pais.

Aceito participar de entrevistas com a doutoranda, que serão gravadas. Entendo que tudo que contar à aluna será somente do conhecimento dela e sua orientadora, sendo mantido segredo, respeitando a minha privacidade. Estou ciente de que o relatório final do estudo será publicado, sem que os nomes dos participantes sejam mencionados, e que poderei desistir de colaborar em qualquer momento, sem que eu tenha qualquer prejuízo ou gasto. Sei que se tiver dúvida sobre minha participação, poderei esclarecer com a doutoranda Maria Gorete Lucena de Vasconcelos. Assino este documento em duas vias, sendo uma via minha e outra da aluna.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

Recife, ____/____/____

ANEXO C – Fotografias

Fotografia 1. Sala de estar do alojamento materno

Fotografia 2. Alojamento materno

Fotografia 3. Grupo de escuta

Fotografia 4. Grupo de lazer (Bingo)

Fotografia 5. Oficina de criatividade (Colagem)

Fotografia 6. Oficina de criatividade (Confecção de brinco)

Fotografia 7. Oficina de criatividade (Bordado em ponto de cruz)

Fotografia 8. Oficina de criatividade (Confecção de sache de sabonete)

Fotografia 9. Festa comemorativa (São João)

Fotografia 10. Passeio no lago do campus/UFPE

**ANEXO D – Declaração da Pró-Reitoria de Extensão/Universidade Federal de
Pernambuco**

ANEXO E – Descrição das famílias participantes

Ana: 28 anos, secundípara, do lar, casada com OMS de 34 anos, marceneiro; ambos têm escolaridade incompleta no primeiro grau (4ª série) e residem em Olinda/PE. A filha mais velha do casal tem seis anos e, está sob os cuidados da avó materna. Fez o pré-natal no HC/UFPE realizando seis consultas e apresentou intercorrências como leucorréia, hipertensão e cefaléia, sendo admitida na maternidade em 22/02/03. No dia seguinte às 20:50 horas, nasceu de parto normal, um RN do sexo masculino, pesando 990 gramas e Apgar de 5 e 8 no 1º e 5º minutos de vida, respectivamente. O mesmo foi reanimado e fez uso de surfactante pulmonar. Às 20:54 horas, nasceu o segundo gemelar de parto normal, do sexo masculino, pesando 810 gramas, com Apgar de 4 e 6 no 1º e 5º minutos, respectivamente. Também foi reanimado e fez uso de surfactante pulmonar. As hipóteses diagnósticas dos bebês, foram: RNPT – pequeno para idade gestacional – extremo baixo peso, doença da membrana hialina grau II, hipóxia moderada, possibilidade de infecção inespecífica, possibilidade de distúrbio metabólico e icterícia precoce. Ana permaneceu no alojamento materno por 83 dias, recebendo visitas freqüentes do esposo, pais, irmãos, tios, primos e amigos da família. Participou de 15 reuniões no GAMA e foi acompanhada em apenas um grupo de lazer por uma cunhada. A entrevista gravada foi realizada no dia 10/04/03.

Beatriz: 22 anos, primípara, doméstica, com primeiro grau completo (7ª série), casada com AAB de 24 anos, ajudante de caminhão, com primeiro grau incompleto (4ª série); residem em Santa Cruz do Capibaribe/PE. Fez o pré-natal em posto de saúde do município, realizando quatro consultas, tendo apresentado como intercorrências corrimento vaginal amarelado/esverdeado, odor forte e hipertensão. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida na maternidade no dia 10/03/03. No dia 13/03/03, às 10:15 horas, nasceu de parto cesariana, um RN do sexo masculino, pesando 1260 gramas, com Apgar de 6 e 9 no 1º e 5º minutos, respectivamente. O mesmo foi aspirado, oxigenado com ambu e fez uso de surfactante pulmonar. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – adequado para idade gestacional – muito baixo peso, doença da membrana hialina grau II, hipoglicemia, infecção perinatal e icterícia precoce. Beatriz permaneceu 49 dias no alojamento materno, recebendo poucas visitas do esposo por causa da distância, do trabalho e do custo do deslocamento. Além dele, recebeu duas visitas de uma prima que residia no Recife, tendo passado um final de semana com a mesma. Durante sua permanência participou de 08 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 15/04/03.

Carolina: 15 anos, solteira, primípara, não vive com o companheiro ACO que tem 17 anos; ambos são estudantes e residem no Recife/PE. Fez o pré-natal no HC/UFPE, realizando seis consultas, tendo apresentado como intercorrência mal formação fetal. Foi admitida na maternidade no dia 17/03/03, submetendo-se a uma cesariana às 16:45 horas do mesmo dia. O bebê nasceu de sexo masculino, peso 2305 gramas, com Apgar de 9 e 10 no 1º e 5º minutos, respectivamente. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – adequado pra idade gestacional – baixo peso, gastrosquise, sepse precoce e hospitalar, icterícia colestática, hemorragia digestiva, distúrbio metabólico e sopro. Carolina permaneceu no alojamento materno 46 dias, recebendo visitas freqüentes da mãe, primas e colegas. O pai do bebê fez apenas uma visita a ambos. Participou de 10 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 16/04/03.

Dália: 16 anos, secundípara, do lar, com primeiro grau incompleto (5ª série), vive com EGP de 22 anos, que exerce a profissão de ajudante de pedreiro, com primeiro grau incompleto (4ª série); residem no Cabo de Santo Augustinho. O casal tem uma filha que está sob os cuidados da avó materna. Fez o pré-natal em posto de saúde do município, realizando seis consultas, não tendo apresentado intercorrências. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida na maternidade no dia 23/04/03. Às 18:05 horas do mesmo dia, nasceu de parto normal, um RN do sexo masculino, pesando 1685 gramas, com Apgar de 6 e 8 no 1º e 5º minutos, respectivamente. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – adequado para idade gestacional – baixo peso, doença da membrana hialina grau I, tocotraumatismo, infecção hospitalar, icterícia precoce, sopro. Dália permaneceu 33 dias no hospital, recebendo visitas freqüentes do esposo. Participou de seis reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 21/05/03.

Elaine: 25 anos, do lar, secundípara, vive em união consensual com JAF de 26 anos, que está desempregado; ambos cursaram o primeiro grau completo (7ª série) e residem em Jaboatão dos Guararapes/PE. O casal tem uma filha de cinco anos, que está sob os cuidados da avó materna. Fez o pré-natal em posto de saúde do município, realizando cinco consultas. Na gravidez gemelar a ultra-sonografia revelou um dos fetos com hidrocefalia. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida na maternidade no dia 07/04/03. Submeteu-se a uma cesariana neste dia apresentando descolamento prematuro de placenta. Às 21:45 horas, nasceu um RN do sexo masculino, pesando 1330 gramas, com Apgar de 8 no 1º e 5º minutos. O segundo RN nasceu às 21:46 horas, pesando 1260 gramas, com Apgar de 8 e 9 no 1º e 5º

minutos, respectivamente. As hipóteses diagnósticas do primeiro bebê, foram: RNPT – pequeno para idade gestacional – muito baixo peso, doença da membrana hialina grau I, conjuntivite purulenta, infecção perinatal, icterícia precoce, hidrocefalia e anemia aguda. As hipóteses diagnósticas do segundo bebê, foram: RNPT – pequeno para idade gestacional – muito baixo peso, doença da membrana hialina grau I, policitemia, infecção perinatal e hipoglicemia. Elaine permaneceu 62 dias no hospital recebendo visitas do esposo e uma visita da filha. Participou de 06 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 21/05/03.

Flávia: 20 anos, primípara, do lar, casada com RRL de 20 anos, auxiliar de escritório; ambos têm o segundo grau completo (11ª série), residem em Camaragibe/PE. O casamento ocorreu durante o período em que Flávia estava no hospital acompanhando o recém-nascido. Fez o pré-natal em posto de saúde do município, realizando cinco consultas, tendo apresentado como intercorrências sangramento vaginal. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida na maternidade no dia 23/02/03. Neste dia às 17:05 horas, nasceu de parto normal, RN do sexo feminino, pesando 1320 gramas, com Apgar de 5 e 8 no 1º e 5º minutos, respectivamente. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – adequado para idade gestacional – muito baixo peso, hipóxia leve, hipoglicemia, infecção perinatal, icterícia precoce e persistência do canal arterial. Flávia permaneceu no alojamento materno 43 dias, recebendo visitas do esposo, cunhadas, primas e amigas. Durante sua permanência participou de 05 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 29/05/03, durante o retorno com o bebê à puericultura para acompanhamento.

Gerusa: 20 anos, primípara, garçonete, casada com RFA de 29 anos, garçom; ambos têm o segundo grau completo (11ª série) e residem no Recife/PE. Fez o pré-natal em clínica particular, realizando quatro consultas, tendo apresentado como intercorrências perda de líquido amniótico. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida no setor de maternidade no dia 07/05/03. No dia 11/05/03 às 17:25 horas, nasceu de parto normal, depressivo, RN do sexo feminino, pesando 1945 gramas, com Apgar de 6 e 9 no 1º e 5º minutos, respectivamente. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – pequeno para idade gestacional – baixo peso, taquipnéia transitória do RN, sofrimento fetal agudo, possibilidade de infecção inespecífica, icterícia precoce e dermatite perineal. Gerusa permaneceu 26 dias no alojamento materno recebendo visitas do esposo, avó materna e amigos. Durante sua permanência participou de 06 reuniões do GAMA. A entrevista gravada realizou-se no dia 03/07/03.

Hortênsia: 20 anos, primípara, solteira, estudante, não vive com o pai da criança JH e não soube informar seus dados, apenas que está desempregado; residem no Recife/PE. Fez o pré-natal em posto de saúde, realizando sete consultas, tendo apresentado como intercorrências perda de líquido amniótico. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida na maternidade no dia 22/05/03. Às 21:20 horas, nasceu de parto cesariana, um RN do sexo masculino, pesando 2005 gramas, com Apgar de 9 e 10 no 1º e 5º minutos, respectivamente. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – adequado para idade gestacional – baixo peso, possibilidade de infecção inespecífica, infecção hospitalar, icterícia precoce e pneumotórax. Hortênsia permaneceu no alojamento materno por 30 dias. Não recebeu visitas do pai da criança, apenas da sua mãe. Durante sua permanência participou de 07 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 18/06/03.

Isabel: 20 anos, primípara, estudante, solteira, não vive com o pai da criança WJS de 23 anos, motorista, que têm o segundo grau completo (11ª série); residem em Tracunhaem/PE. Fez o pré-natal em posto de saúde do município, realizando três consultas, tendo apresentado como intercorrências perda de líquido amniótico. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida na maternidade no dia 26/05/03. Às 12:53 horas, nasceu de parto normal, um RN do sexo feminino, pesando 1295 gramas, com Apgar de 5 e 8 no 1º e 5º minutos, respectivamente. Nasceu deprimido e foi reanimado. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – adequado para idade gestacional – baixo peso, doença da membrana hialina grau I, doença da membrana hialina grau I, hipóxia, anemia, icterícia precoce e persistência do canal arterial. Isabel permaneceu no hospital durante 30 dias e não recebeu visitas. Durante sua permanência participou de 06 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 18/06/03.

Joana: 26 anos, primípara, secretária, com segundo grau completo (11ª série), casada com LJS de 26 anos, comerciante, com primeiro grau completo (7ª série); residem em Serra Talhada/PE. Fez o pré-natal em clínica particular, realizando cinco consultas, tendo apresentado como intercorrências hipertensão. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida na maternidade no dia 05/06/03. Às 10:24 horas, nasceu de parto cesariana, um RN do sexo feminino, pesando 1270 gramas, com Apgar de 7 e 9 no 1º e 5º minutos, respectivamente. O mesmo foi aspirado, oxigenado com ambu. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – adequado para idade gestacional – baixo peso, doença da membrana hialina grau II, infecção tardia e hérnia umbilical. Joana permaneceu no hospital durante 30

dias, recebendo poucas visitas do esposo por causa da distância e do trabalho. Durante sua permanência participou de 05 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 04/07/03.

Leila: 28 anos, tercípara, manicura, com primeiro grau completo (7ª série), vive em união consensual com TR de 22 anos, padreiro, com primeiro grau incompleto (6ª série); residem no Recife/PE. Fez o pré-natal em posto de saúde, realizando apenas uma consulta, tendo apresentado como intercorrências hipertensão. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida na maternidade no dia 06/06/03. Às 00:15 horas, nasceu de parto cesariana, um RN do sexo feminino, pesando 870 gramas, com Apgar de 8 e 9 no 1º e 5º minutos, respectivamente. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – pequeno para idade gestacional – extremo baixo peso, doença da membrana hialina grau II/III, acidose respiratória, infecção perinatal, icterícia precoce e atelectasia. Leila permaneceu no alojamento materno 49 dias, tendo recebido visitas do companheiro, irmão e filhos. Durante sua permanência participou de 08 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 09/07/03.

Maria: 18 anos, primípara, do lar, com primeiro grau completo (7ª série), vive em união consensual com LSL de 24 anos, marceneiro, com primeiro grau incompleto (5ª série); residem no Recife/UFPE. Fez o pré-natal em posto de saúde do município, realizando duas consultas, tendo apresentado como intercorrências sangramento e leucorréia. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida na maternidade no dia 22/06/03. Às 21:47 horas, nasceu de parto normal, um RN do sexo masculino, pesando 1205 gramas, com Apgar de 6 e 8 no 1º e 5º minutos, respectivamente. Nasceu deprimido, foi aspirado e oxigenado com ambu. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – pequeno para idade gestacional – muito baixo peso, doença da membrana hialina grau I, hipóxia perinatal leve, conjuntivite neonatal e icterícia precoce. Maria permaneceu no alojamento materno durante 33 dias, recebendo visitas do esposo, da mãe, sogra e sogro. Durante sua permanência participou de 05 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 17/07/03.

Nilce: 21 anos, primípara, do lar, com primeiro grau incompleto (6ª série), vive em união consensual AFS de 28 anos, que está desempregado e é analfabeto; residem no Recife/PE. Fez o pré-natal em posto de saúde, realizando seis consultas, tendo apresentado como intercorrências infecção do trato urinário. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida

na maternidade no dia 10/07/03. Às 07:52 horas do dia 14/07/03, nasceu de parto normal, um RN do sexo feminino, pesando 1005 gramas, com Apgar de 3 e 8 no 1º e 5º minutos, respectivamente. Nasceu deprimida e foi reanimada. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – pequeno para idade gestacional – muito baixo peso, doença da membrana hialina grau II, distúrbio metabólico, infecção e policitemia. Nilce permaneceu no alojamento materno durante 51 dias, recebendo várias visitas do esposo, mãe, tias, primos e amigas. Durante sua permanência participou de 11 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 19/08/03.

Olga: 20 anos, primípara, doméstica, com primeiro grau incompleto (1ª série), vive em união consensual com JSS de 24 anos, trabalhador rural, com primeiro grau incompleto (4ª série); residem em Pombos/PE. Fez o pré-natal em posto de saúde, realizando quatro consultas, tendo apresentado como intercorrências sangramento vaginal. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida na maternidade no dia 14/07/03. Às 17:20 horas, nasceu de parto cesariana, um RN do sexo feminino, pesando 1520 gramas, com Apgar de 6 e 8 no 1º e 5º minutos, respectivamente. O mesmo foi aspirado e oxigenado com ambu. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – adequado para idade gestacional – baixo peso, doença da membrana hialina grau II/III, cardiopatia congênita, infecção perinatal, icterícia tardia, anemia, insuficiência renal aguda, insuficiência cardíaca congestiva e pneumonia. Olga permaneceu 74 dias no alojamento materno, recebendo poucas visitas do esposo por causa da distância, do trabalho e do custo do deslocamento. Durante sua permanência participou de 19 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 19/08/03.

Paula: 24 anos, tercípara, do lar, com primeiro grau incompleto (5ª série), vive em união consensual com JAS de 28 anos, auxiliar de serviço geral, analfabeto. O casal tem dois filhos. Fez o pré-natal em posto de saúde, realizando quatro consultas, tendo apresentado como intercorrências na ultra-sonografia um dos fetos morto. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida na maternidade no dia 14/07/03. No dia 24/07/03 às 07:35 horas, nasceu de parto normal, um RN do sexo feminino, pesando 1060 gramas, com Apgar de 7 e 8 no 1º e 5º minutos, respectivamente. As hipóteses diagnósticas do bebê foram: RNPT – adequado para idade gestacional – muito baixo peso, desconforto respiratório, infecção precoce e icterícia precoce. Paula permaneceu no alojamento materno por 57 dias, recebendo visitas do esposo e dos filhos. Durante sua permanência participou de 11 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 19/08/03.

Quitéria: 24 anos, primípara, do lar, casada com GMS de 35 anos, soldador, ambos com primeiro grau incompleto (4ª série); residem em Timbaúba/PE. Fez o pré-natal em posto de saúde, realizando cinco consultas, apresentando perda de líquido amniótico. Foi encaminhada para o HC/UFPE, sendo admitida na maternidade no dia 28/07/03. No dia 02/08/03 às 14:00 horas, nasceu de parto normal, um RN do sexo masculino, pesando 1550 gramas, com Apgar de 7 e 9 no 1º e 5º minutos, respectivamente. Nasceu deprimido, oxigenado com ambu. As hipóteses diagnósticas do bebê, foram: RNPT – adequado para idade gestacional – baixo peso, doença da membrana hialina grau I, infecção perinatal, icterícia precoce, hiperglicemia e anemia. Quitéria permaneceu no alojamento materno por 49 dias, recebendo visitas do esposo e da mãe. Durante sua permanência participou de 09 reuniões do GAMA. A entrevista gravada foi realizada no dia 03/09/03.