



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AOS PAIS DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS NA UTI NEONATAL DO HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO

Luciana Domingues Dias

Orientador: Maristela Tamborindeguy França

Porto Alegre, 2009.

LUCIANA DOMINGUES DIAS

**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AOS PAIS DOS RECÉM-
NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS NA UTI NEONATAL DO
HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO**

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Maristela Tamborindeguy França

Porto Alegre, 2009.

“A DEUS, pelo seu amor incondicional, que nos permite tornar os nossos sonhos realidade; a ELE toda honra e glória”.

A todos os pais de bebês prematuros, que superam os seus limites físicos, emocionais e espirituais, na luta diária pela vida de seus filhos amados.

E a todos os profissionais da equipe de saúde da UTI Neonatal do HCC, que oferecem, aos bebês, muito além de tecnologia e conhecimento científico: oferecem amor!

AGRADECIMENTOS

A todos os amados Mestres e Doutores da Fundação Oswaldo Cruz e do Grupo Hospitalar Conceição que, incansavelmente, contribuem na capacitação profissional dos trabalhadores dessa Instituição, sem medir esforços na luta pelo aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. Em especial, à admirável Maristela França, pela sua paciência, compreensão e dedicação na construção desse projeto.

“Não sabemos tudo, não abarcamos toda a teoria, não esgotamos o assunto, não lemos todos os autores, não examinamos todos os pontos, não escrevemos tão bem como gostaríamos. Mas uma coisa é certa: boa vontade não nos falta”.

(MEIRA, 2007).

LISTA DE ABREVIATURAS

AIG	Adequado para idade gestacional
CID	Código Internacional de Doenças
GIG	Gigante para idade gestacional
HCC	Hospital da Criança Conceição
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIG	Pequeno para a idade gestacional
PNHAH	Programa Nacional de Humanização à Assistência Hospitalar
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL.....	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3 REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A ASSISTÊNCIA NA UTI NEONATAL	9
3.2 O RECÉM-NASCIDO PREMATURO.....	12
3.3 O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO BEBÊ PRÉ-TERMO	14
3.4 O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA.....	15
3.5 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PAIS-BEBÊ.....	17
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	21
4.1 TIPO DE ESTUDO	21
4.2 CAMPO DE ESTUDO	21
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	22
4.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO	22
4.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	22
4.6 AMOSTRA.....	22
4.7 COLETA DE DADOS	23
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	23
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	24
5 CRONOGRAMA	25
6 ORÇAMENTO	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE A	31
APÊNDICE B	32

1 INTRODUÇÃO

A necessidade de tornar o atendimento mais humanizado ao recém-nascido prematuro e sua família tem sido uma preocupação constante de toda equipe multiprofissional de saúde, que atua na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal do Hospital da Criança Conceição (HCC).

Atualmente, sabe-se que o contato pais-bebê é fundamental para a melhora clínica do recém-nascido e, para que esse contato seja realmente efetivo, é necessário que esses pais sejam capazes de interagir e desenvolver apego com seus bebês prematuros.

No decorrer do curso de Informação Científica e Tecnológica em Saúde, procurou-se refletir sobre as práticas assistenciais cotidianas, buscando identificar em quais serviços existiam lacunas e como intervir nas mesmas para qualificar o cuidado prestado. Durante essas reflexões, o comportamento dos pais frente à fragilidade do recém-nascido prematuro projetou-se com grande impacto.

Freqüentemente, percebe-se a grande dificuldade que os pais têm em aproximar-se do seu filho. Logo que ele nasce, geralmente, apenas o observam, demonstrando hesitação, retraimento e insegurança ao toque. Referem estar despreparados para acariciá-lo diante da sua fragilidade. Alguns relatam medo de machucá-lo, outros apresentam dificuldade em aceitar a situação.

Diante desses comportamentos, surgiu o desejo de pesquisar o relato dos pais quanto as suas necessidades frente à fragilidade do recém-nascido prematuro internado na UTI Neonatal. Acredita-se, assim, que através das informações coletadas será possível produzir conhecimento para propiciar mudanças nessa realidade, bem como melhorar a qualificação técnica, a assistência e os cuidados prestados. Portanto, o conhecimento compartilhado poderá ajudar a equipe na identificação e garantia do menor sofrimento pela ruptura do vínculo da tríade prematura - pai, mãe e bebê.

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

- Breve histórico sobre a assistência na UTI Neonatal.
- O recém-nascido prematuro.
- O desenvolvimento emocional do bebê pré-termo.
- O cuidado centrado na família.
- Humanização na assistência à saúde pais-bebê.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as necessidades dos pais frente à fragilidade do recém-nascido prematuro, internado na UTI neonatal do Hospital da Criança Conceição.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar quais as necessidades dos pais diante da fragilidade do recém-nascido prematuro internado na UTI neonatal do HCC.

Investigar como essas necessidades são abordadas pela equipe de saúde da UTI neonatal do HCC.

Entender que fatores interferem no vínculo pais-bebê internados na UTI neonatal do HCC.

Buscar subsídios para elaborar um programa de assistência focado nas necessidades relatadas pelos pais dos recém-nascidos prematuros internados na UTI neonatal do HCC.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A ASSISTÊNCIA NA UTI NEONATAL

Atualmente, a assistência aos pais e a participação da família nos cuidados hospitalares dos bebês prematuros têm sido prioridade nos serviços de neonatologia. A internação prolongada dos bebês e a privação do ambiente aumentam o estresse da mãe e da família, o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego. Sabe-se que a presença materna é fundamental, pois a criança corre risco de vida, e as habilidades ou dificuldades da mãe, ou de quem assume o cuidado da criança, participam integralmente da assistência a sua saúde (SCOCHI et al., 2003).

Nesse sentido, faz-se necessário reportarmo-nos à história, para assim, compreender o cenário que levou os pais a serem excluídos dos cuidados prestados ao seu filho, ao invés de tornarem-se sujeitos atuantes na atenção e no tratamento dispensado aos mesmos.

Em 1800, os hospitais tinham papéis pouco relevantes para a sociedade e, até o final do século XIX, ainda pensava-se que estas instituições não ofereciam nenhum cuidado além do que era feito em casa (UNGERER; MIRANDA, 1999). Nessa época, os hospitais eram vistos como abrigos exclusivos para indigentes, onde a arte de cuidar era praticada sem técnicas ou formação específica para o cuidado (BENEVIDES; PASSOS, 2004).

Antigamente, os nascimentos aconteciam em casa, com uma parteira, cercada por parentes, e os recém-nascidos eram mantidos junto às suas mães imediatamente após o nascimento. Ungerer e Miranda (1999) relatam, ainda, que o primeiro berçário foi criado em 1893, em Paris.

O surgimento da neonatologia se deu na França, em 1892, através do obstetra Pierre Budin. O médico francês foi quem instituiu princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal. Para Budin a participação da mãe nos cuidados com seu filho eram essenciais para desenvolver o vínculo afetivo (AVERY, 1978).

Porém, com a chegada da tecnologia nos berçários, o desejo e o empenho de Budin, em tornar público seus métodos resultou na exclusão das mães do berçário, e o impacto dessa separação refletiu-se na ruptura do vínculo mãe-bêbe, conforme descrevem muitos autores.

Martin Couney, discípulo de Budin, em 1896, revolucionou a assistência hospitalar ao recém-nascido, ao expor em Berlin as incubadoras onde os bebês prematuros eram

colocados para crescer e desenvolver. Couney cuidou com sucesso de mais de cinco mil prematuros durante as quatro décadas seguintes. Contudo, as mães não tinham autorização para permanecer com seu filho e, em muitos casos, havia dificuldade em convencer os pais a receberem seus filhos de volta (KLAUS; KENNEL, 1982).

Seguindo os preceitos de Couney, os berçários passaram a desencorajar fortemente as visitas para evitar a disseminação de infecções, que foram as responsáveis pelos altos índices de morbidade e mortalidade de recém-nascidos prematuros no início de 1900. Essas medidas contribuíram para excluir totalmente a participação dos pais nos cuidados dos filhos internados em hospitais (AVERY, 1978).

Foi somente em 1923 que o primeiro centro de atendimento a recém-nascidos prematuros foi fundado, o Sarah Morris Hospital, em Chicago. Julio Hess foi o instituidor e diretor desse Centro, que, assim como Budin, estimulava a retirada do leite materno e a participação das mães nos cuidados com seus filhos.

O pediatra Hess tornou-se a autoridade americana em relação à prematuridade e, através dele, o tratamento neonatal entrou na cadeira acadêmica. No entanto, a mortalidade neonatal permanecia elevada, principalmente em decorrência de doenças infecciosas. Assim, nas unidades de prematuros criadas após o Sarah, seguiu-se um padrão de regulamentos muito restritivos, com manuseio limitado dos bebês, isolamento rigoroso e afastamento completo dos visitantes, inclusive dos pais (KLAUS; KENNEL, 1982). Com os avanços técnico-científicos na neonatologia, reduziram-se as taxas de mortalidade, e a infecção hospitalar foi controlada, porém a permanência do isolamento restrito do recém-nascido no berçário ocasionou a separação entre mãe e filho, prejudicando o vínculo entre eles e a efetivação do aleitamento materno (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

No início da década de 40, as visitas dos pais aos bebês prematuros hospitalizados continuavam reduzidas. Ocorriam uma ou duas vezes por semana, por período que variava entre 30 e 60 minutos. Os centros de atendimentos continuavam seguindo um conjunto de normas e regulamentos severos com o objetivo de prevenir infecções (AVERY, 1999).

O distanciamento entre os pais e os bebês permaneceu até os anos 60 e, somente após esse período, começou a se evidenciar que crianças separadas de seus pais por longos intervalos de tempo, depois do nascimento, apresentavam grandes possibilidades de retornarem ao hospital, manifestando alterações no desenvolvimento ou vitimadas por maus tratos – mesmo depois de terem recebido alta em plenas condições. Foi a partir dessa época, que surgiram estudos sobre a formação do vínculo e a importância da relação entre pais e filhos (KLAUS; KENNEL, 1982).

Durante as décadas de 50 e 60, estudos realizados sobre o vínculo afetivo entre pais-bebê demonstraram que essa ligação fazia parte de um sistema de comportamento que servia para a proteção da espécie, já que os bebês são seres indefesos e incapazes de sobreviverem sozinhos por um longo período de tempo. Dessa maneira, o apego dos bebês aos pais ou cuidadores é o que possibilitaria a sobrevivência da espécie (BOWLBY, 1990).

A partir da década de 70, os especialistas em pediatria defenderam a idéia de reunir os bebês com patologias severas em unidades especiais, propondo um tratamento mais eficaz. As maternidades que atendiam bebês prematuros passaram a ser denominadas maternidade de tratamento especial e, desta, para unidade de terapia intensiva de recém-nascidos (DOWNES, 1992).

Com o surgimento das UTI neonatais, os cuidados prestados ao recém-nascido enfermo tornaram-se cada vez mais especializados, através de novas técnicas e equipamentos sofisticados; contudo, a família não foi incluída como parte da recuperação do neonato (TAMEZ; SILVA, 2002).

Conforme os autores acima citados, somente nos últimos anos foi reconhecida a importância de prestar assistência além das necessidades do recém-nascido prematuro, passando a promover o cuidado centrado na família, e incluindo os aspectos psicossociais dos pais. Sabe-se que, atualmente, algumas UTI neonatais incentivam os pais a reassumirem o relacionamento com o filho, e a tornarem-se participantes ativos dos cuidados com o bebê, desde a admissão até a alta hospitalar.

No Brasil, a neonatologia sofreu influências dos países mais desenvolvidos; assim, no início do século XX, a assistência prestada ao recém-nascido iniciava sua organização baseada nos métodos estrangeiros (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Nessa breve descrição histórica da assistência na UTI neonatal, percebe-se que os acontecimentos da época geraram o contexto de exclusão dos pais, que até a poucos anos se repetiam nas UTI neonatais. Como consequência dessa exclusão, a ruptura do vínculo afetivo entre pais-bebê, embora menor, ainda parece persistir até os dias de hoje.

3.2 O RECÉM-NASCIDO PREMATURO

No passado, os bebês com peso de 2.500g ou menos, eram classificados como prematuros, enquanto que os com peso superior eram considerados a termo. No entanto, estudos demonstraram que os recém-nascidos com 38 semanas de gestação pesando 2.500g ou menos ao nascimento não eram necessariamente prematuros, mas, recém-nascidos de baixo peso (SWEET, 1982).

Conforme o mesmo autor, atualmente, os recém-nascidos podem ser classificados como adequado para a idade gestacional (AIG), pequeno para idade gestacional (PIG), e grande para a idade gestacional (GIG). Ao mesmo tempo, eles podem ser classificados como prematuros (< 38 semanas de gestação), a termo (38 a 42 semanas de gestação) ou pós-termo (> 42 semanas de gestação).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como prematuro o neonato de idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação e com peso de nascimento igual ou abaixo de 2.500g, sendo subdividido em recém-nascido de muito baixo peso (inferior a 1500 gramas) e recém-nascido de extremo baixo peso (peso de nascimento inferior a 1000 g), conforme observam Oliveira et al. (2008).

Seguindo a classificação da OMS, Moreira (2007) considera, ainda, como prematuridade extrema o bebê nascido com menos de 28 semanas de gestação. Refere que o recém-nascido prematuro possui uma aparência frágil, devido ao seu tamanho e características físicas; assim, não apresenta na face traços que possibilitam a percepção da família, sendo diferente do bebê a termo, gordinho, saudável, com os olhos semelhantes aos da mãe e o rosto parecido com o pai, por exemplo.

Além disso, o neonato pré-termo pode apresentar um padrão postural em extensão, tônus rebaixado (flacidez intensa com extensão total de tronco e membros, características de bebês nascidos com 28 semanas de idade gestacional), extensão de cabeça (quando em ventilação mecânica), imaturidade do sistema nervoso central, imaturidade de músculos e órgãos, funções vitais com algum grau de comprometimento, ausência de automatismos reflexos e grande predisposição para desenvolver intercorrências clínicas (HERNANDEZ, 2003).

Dentre as várias complicações do recém-nascido pré-termo, Miura (1991) aponta: hemorragias intracranianas, doença da membrana hialina, displasia bronco pulmonar, persistência do canal arterial, enterocolite necrosante, septicemias, meningites bacterianas,

hipo/hiperglicemia, hipocalcemia, hiponetremia, deficiência de regulação da temperatura corporal, alterações na sucção, distúrbios da deglutição, falência respiratória por prematuridade extrema, entre outras.

A prematuridade aumenta a probabilidade de longo período de internação (por exemplo, prematuros extremos ficam hospitalizados por no mínimo três meses), no qual seu sistema nervoso, órgãos e funções terão de continuar desenvolvendo-se fora das condições ideais, sujeitas ainda, a maiores riscos e agressões. Paim (2003) segue descrevendo que os mesmos precisam, além do auxílio da tecnologia e de profissionais especializados, do indispensável cuidado e afeto de seus pais para superar esse período crítico.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), anualmente nascem em todo o mundo 20 milhões de crianças prematuras e com baixo peso, sendo que um terço delas morrem antes de completar um ano de vida. A cada ano no mundo, estima-se que 4 milhões de bebês morram nas primeiras 4 horas de vida, ou seja, no período neonatal (OLIVEIRA, 2007).

No ano de 2004, informações do Ministério da Saúde (IDB 2005, MS, Brasil) declararam que, no Estado do Rio Grande do Sul, foi lavrado o nascimento de 153.015 bebês, das quais 8,5% eram prematuros e 9,3% apresentavam baixo peso ao nascer.

O índice de mortalidade infantil foi de 15,2 por 1000 nascidos vivos, e a mortalidade proporcional por faixa etária conforme o grupo de causas (CID-10) comprovou que 57,7% das mortes ocorridas em menores de um ano de idade foram decorrentes de afecções provenientes do período neonatal (OLIVEIRA, 2007).

Santos et al (2007) destacam que a prematuridade repercute consideravelmente na taxa de mortalidade infantil, principalmente no período neonatal. Enfatizam ainda, que o custo sócio-econômico e emocional do tratamento desses bebês é muito elevado, tornando a prematuridade um problema de saúde pública.

Sem dúvida, a criança prematura encontra-se em desvantagem em relação àquela nascida a termo, pois além de todas as complicações e riscos de morte, o seu desenvolvimento emocional também pode ser prejudicado por falta de afeto e carinho da parte dos pais. Sabe-se que a presença dos mesmos, dedicação e ambiente agradável é essencial para a formação do vínculo afetivo e desenvolvimento adequado do bebê prematuro (CARVALHO, 1997).

Portanto, conforme relata Coriat (1997), os recém-nascidos prematuros precisam muito mais que cuidados médicos; necessitam fundamentalmente dos cuidados dos pais enquanto hospitalizados, pois são os pais que dão sentido de vida para o bebê.

3.3 O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO BEBÊ PRÉ-TERMO

Segundo Paim (2003), o bebê nasce imerso em um mundo cultural e simbólico e precisa do outro para se apropriar dos significantes que o marcam construindo-o como indivíduo. Sabe-se que, no desenvolvimento emocional do bebê, o precedente do espelho é o rosto da mãe.

Quando o bebê olha para sua mãe, ele vê sua própria imagem refletida em seu olhar (WINNICOTT, 1975 apud PAIM, 2003). Assim, é através da correspondência desse olhar que o bebê vai se constituindo como sujeito. Se não houver alguém para ser mãe e pai, como no caso dos bebês prematuros internados na UTI Neonatal que não recebem visita regularmente, o desenvolvimento pode ficar seriamente comprometido.

Estudos demonstraram que a prematuridade e a hospitalização prolongada foram responsáveis tanto pela ruptura do vínculo afetivo e apego entre pais-bebê, como também, por fatores de risco para o atraso do desenvolvimento, seqüelas neurológicas, bem como maus tratos familiares e até abusos (KLAUS; KENNEL, 1982). Atualmente, percebe-se que o ambiente da UTI Neonatal, geralmente estressante e até mesmo agressivo, predispõe o bebê a desenvolver complicações clínicas que podem afetar tanto o seu desenvolvimento físico como o seu sistema psíquico (ALENCAR; ROLIM, 2006).

Moreira (2007), em concordância com Paim (2003), descreve que o desenvolvimento emocional e psíquico do bebê é alicerçado pela mãe, que se dedica ao filho adaptando-se a ele ativamente. Entretanto, no nascimento prematuro, pode acontecer uma ruptura na continuidade da construção desse sujeito, devido à ausência ou privação dos cuidados dos pais e/ou familiares, e o trauma pode se estabelecer.

Do mesmo modo, França (2004) menciona algumas privações que podem ser decisivas no estabelecimento de uma experiência traumática para o recém-nascido prematuro: o útero materno, a interação afetiva com os pais e o meio familiar. Portanto, conforme a autora, a descontinuidade experimentada pelo bebê prematuro hospitalizado e seus pais pode fragmentar o desenvolvimento emocional desse pequeno indivíduo.

Klaus e Kennel (1982) citam que a privação do vínculo afetivo traz efeitos desastrosos não só para o desenvolvimento afetivo da criança, mas também para o seu desenvolvimento motor e mental. Desse modo, constatou-se que, após grandes esforços em salvar os bebês prematuros, e os mesmos terem alta em plenas condições de desenvolvimento,

eles retornavam às unidades hospitalares por diversas razões, entre elas, por espancamento, abuso físico e retardo no crescimento.

Percebeu-se, então, a extrema importância de resgatar o vínculo afetivo entre pais-bebê, visto que a força e o caráter dessa ligação formam os pilares que irão influenciar a qualidade de todas as relações e ligações futuras dos bebês com seus pais, familiares e outras pessoas.

Nesse sentido, a UTI Neonatal não precisa ser o palco onde acontecem os dramas da prematuridade e geram-se as descontinuidades e invasões ambientais, mas pode tornar-se um espaço mediador para resgatar o vínculo e o apego entre os pais e o bebê. E, assim, possibilitar, a construção de uma relação consistente e segura, que permita a continuidade de existência e a elaboração das marcas destes primeiros tempos (ZORNIG, MORSCH, BRAGA, 2004).

3.4 O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA

A chegada de um recém-nascido traz grandes mudanças na vida não só da gestante, mas também dos demais membros da família. Desde o início da gestação, os integrantes da família idealizam a imagem do filho perfeito, saudável, com peso e idade gestacional dentro da normalidade. No entanto, muitas vezes, o neonato pode nascer prematuro e necessitar de internação em uma UTI Neonatal, frustrando assim todas as expectativas geradas em torno do bebê perfeito (TAMEZ e SILVA, 2002).

Diante do nascimento prematuro, a família se confronta com uma experiência desgastante e desafiadora, podem ocorrer conflitos, sentimentos de incapacidade, de culpa, medo da perda, e uma grande preocupação com a sobrevivência do filho, pois os pais o enxergam como um ser muito frágil e pequeno (SANTOS et al, 2007).

Deste modo, os pais esperam muitas vezes inconscientemente, uma garantia ou, pelo menos, sinais consistentes de que o seu filho vai sobreviver, para então, investir afetivamente nesta relação, sem ameaças de perda (ZORNIG, MORSCH, BRAGA, 2004).

Todos estes sentimentos, quando não tratados, criam estresse e geralmente levam ao distanciamento entre pais e filho, interrompendo assim, os laços afetivos que se desenvolvem durante a gestação, e se fortalecem após o nascimento, quando começa a interação recíproca entre a tríade (TAMEZ e SILVA, 2002).

Sabe-se que a constituição do vínculo afetivo e o apego entre pais - bebê é fundamental para a sobrevivência e o desenvolvimento físico e psíquico da criança. Paim (2003) descreve que o fortalecimento dessa ligação, durante a internação do bebê, favorece a assiduidade dos pais, a afetividade, a segurança e a tranquilidade. Tudo isso reflete nos cuidados com o bebê e, conseqüentemente, na sua saúde.

Além disso, Alencar e Rolim (2006) acrescentam que o fortalecimento do vínculo afetivo da tríade pais-bebê, desenvolve uma função biológica de proteção ao bebê, contra os efeitos do estresse e da dor, causados pelos procedimentos invasivos, manuseio excessivo, sonoridade inadequada e luz intensa, própria do ambiente da UTI Neonatal.

Dessa forma, parece ser insuficiente pensar na assistência à saúde dos bebês prematuros sem incluir seus pais, principalmente no momento de vida em que a dependência ao outro materno é fundamental (ZORNIG, MORSCH, BRAGA, 2004). Portanto, pensar no sofrimento dos bebês prematuros significa refletir no risco que correm de não estabelecerem trocas afetivas e não terem a seu dispor uma linguagem que os situem em relação a seus pais e a eles mesmos.

Abaixo serão citados alguns estudos que demonstram a importância da inclusão dos pais como integrantes na assistência à saúde de seus filhos prematuros.

Em uma pesquisa realizada sobre o comportamento das mães com bebês prematuros hospitalizados, descrita por Xavier (1996), constatou-se que mães com filhos internados por um período prolongado (mais de 32 dias) apresentavam níveis de interação muito baixos e dificuldades em desenvolver o vínculo e o apego ao bebê; também demonstravam não perceber a melhora do quadro clínico dos mesmos. Concluiu-se, então, que seria fundamental dispensar atenção especial aos pais, durante o período de internação de seus filhos prematuros, possibilitando, assim, que os mesmos sejam capazes de superar os sentimentos conflitantes e interagir, estabelecendo, dessa forma, o vínculo afetivo com seus bebês.

Em estudo desenvolvido por Paim (2003) sobre “O vínculo pais-bebê na UTI Neonatal de um hospital público em Porto Alegre/RS”, observou-se certo despreparo e resistência da equipe quanto à permanência dos pais junto ao seu filho internado, principalmente nos momentos mais críticos da saúde do mesmo. Percebeu-se que tal atitude representava a onipotência da equipe de saúde, que inconscientemente tomou o bebê para si, frente ao risco de morte. Notou-se também, que este comportamento, muitas vezes, causava medo e apreensão nos pais em relação ao seu saber sobre o próprio filho. Assim, convencidos de que é a equipe de saúde quem o conhece, os pais se colocavam no lugar de quem nada sabem e nada podem fazer pelo seu bebê. Dessa forma, quando o neonato saía do alto risco, e

se aproximava da alta hospitalar, os pais demonstravam muita ansiedade e insegurança quanto à aproximação e os cuidados prestados ao recém-nascido.

Através deste estudo, evidenciou-se a grande necessidade de capacitar a equipe de saúde a prestar uma assistência humanizada ao bebê e sua família, visto que tanto o trabalho tecnicista quanto o trabalho interativo e humanizado tornam-se de vital importância para a saúde de ambos.

Moraes (2008) realizou uma pesquisa na UTI Neonatal de um Hospital em Porto Alegre, sobre “As dificuldades cotidianas e sentimentos maternos relacionados ao recém-nascido pré-termo internado na UTI Neonatal”. Verificou, a partir do contexto das próprias mães, a necessidade das mesmas de serem assistidas por uma equipe de saúde qualificada e comprometida em prestar uma assistência humanizada para o bebê e sua família, permitindo, dessa maneira, o estabelecimento do vínculo afetivo e a integração dos pais no cuidado e na recuperação do seu filho.

Santos et al. (2007) descreveram em seu trabalho intitulado “Sentimentos de Pais Diante do Nascimento de um Recém-Nascido”, que a prematuridade desencadeia sentimentos ambivalentes nos pais e que a hospitalização do bebê leva à separação da mãe do contexto familiar; além disso, observaram que os pais buscavam na religião um apoio para aceitar o filho real e continuar acreditando em sua recuperação. Percebeu-se, nessa pesquisa, a necessidade de inserir a família no processo de cuidar, incentivando a mesma a verbalizar suas dificuldades e medos, através de grupos de apoio. Também identificou-se a importância de promover a sensibilização e conscientização da equipe de saúde neonatal, na inclusão da família do recém-nascido de alto risco como objeto do seu cuidar, e não apenas o recém-nascido e suas morbidades.

3.5 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PAIS-BEBÊ

A Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988, no seu Art. 196, afirma que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos. Além disso, prevê o acesso universal igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. Após sua publicação, houve um empenho do governo em democratizar a saúde. A lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 expõe no Art. 2º que a saúde é um direito fundamental

do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 2005).

A partir desse marco histórico para a saúde no Brasil, foram construídos alguns alicerces que sustentam o programa de humanização no país. No ano de 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O PNHAH foi criado no intuito de promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil. Desse modo, entende-se por humanização, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2006). Assim, a “humanização como política pública deveria criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe. Isto supõe lidar com necessidades, desejos e interesses destes diferentes atores” (BENEVIDES; PASSOS, 2004).

Portanto, humanizar a assistência à saúde, nesse contexto, significa comprometer-se com um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com a prática de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente (DESLANDES, 2004).

Do mesmo modo, Merhy (2002) enfatiza que o cuidado integral em saúde aconteceria a partir de um ajuste harmonioso entre as tecnologias duras, leve-duras e leves; assim sendo, tecnologia e humanização combinadas proporcionariam ao paciente a integralidade na atenção e a qualificação na assistência.

Dessa forma, realizar uma assistência que promova a melhor tecnologia de saberes, procedimentos e equipamentos, juntamente com o acolhimento das necessidades intersubjetivas dos usuários, dos profissionais e o reconhecimento das lógicas culturais dos familiares, é um dos grandes desafios da atenção em saúde (LAMEGO, DESLANDES, MOREIRA, 2005).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou, através da Portaria nº. 693 de 5/7/2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, com intuito de mudar a postura da assistência prestada, ao recém-nascido e seus familiares. Conforme essa Norma, a atenção ao recém-nascido deverá caracterizar-se pela segurança técnica da atuação profissional e condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque durante a execução de todos os cuidados prestados. Especial enfoque deve ser dado ao conhecimento do psiquismo fetal, da mãe e da família (BRASIL, 2002).

Diversas vantagens podem ser citadas através desse novo modelo de Humanização na Atenção, entre elas: o aumento do vínculo mãe-filho; menor tempo de separação entre eles,

evitando longos períodos sem estimulação sensorial; estímulo ao aleitamento materno, favorecendo maior frequência, precocidade e duração; maior competência e confiança dos pais no manuseio de seu filho de baixo peso, mesmo após a alta hospitalar; melhor controle térmico; menor número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários, devido à maior rotatividade de leitos; e melhor relacionamento da família com a equipe de saúde.

Na UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição, a implantação deste método iniciou oficialmente em maio de 2008, através da capacitação de 35 profissionais, (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos e nutricionistas), atuantes nas unidades de Neonatologia do Hospital Conceição e da UTI Neonatal do Hospital da Criança.

Esses profissionais receberam o curso de “Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe-Canguru”, tornando-se, então, multiplicadores desse conhecimento. Assim, ficaram responsáveis pelo planejamento, elaboração e execução dos novos cursos, bem como a implementação do método nas respectivas unidades de trabalho. Dessa forma, além de se promover a capacitação técnica, propunha-se a sensibilização dos profissionais no atendimento humanizado ao bebê e sua família.

Atualmente, já foram capacitadas mais de 80% da equipe de saúde da UTI Neonatal do HCC, e a meta para esse semestre é chegar aos 100%. O serviço de Educação Continuada do HCC tem promovido cursos de sensibilização com toda a equipe no próprio local de trabalho, com temas pré-selecionados (toque, manuseio, luminosidade, ruído, aleitamento materno e outros) que são trabalhados durante toda a semana. Também são realizadas reuniões semanalmente, com toda a equipe de saúde, para promover a sistematização das informações dadas aos pais e familiares.

No entanto, sabe-se que humanizar a assistência prestada à família e ao bebê implica oferecer um cuidado integral e singular para ambos, valorizando suas crenças e individualidades. Desse modo, reconhece-se que um bebê sozinho não existe; ele surge sempre acompanhado pela sua mãe, seu pai, seus irmãos, seus avós e da sua história familiar. Zelar pela preservação dos laços familiares, por meio de um atendimento humanizado à família, é cuidar e prevenir a saúde de todos os integrantes desse grupo e, portanto, garantir para o bebê um espaço mais saudável, capaz de colaborar para o seu desenvolvimento (REICHERT, LINS, COLLET, 2007).

Nesse sentido, mães e pais devem receber suporte adequado da equipe de saúde, para manter o contato com seu filho o mais breve possível e obter orientações apropriadas para participar da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro.

Para que essa proposta de participação ativa dos pais nos cuidados com seu bebê seja mais efetiva, faz-se necessário a disponibilização de um espaço de escuta, onde os mesmos poderão relatar quais as suas necessidades frente à fragilidade de seu filho, subsidiando, assim, dados concretos, que servirão para qualificar a assistência e preparar a equipe para identificar e intervir precocemente nessas necessidades, garantindo assim que o vínculo da tríade sofra o mínimo de ruptura possível durante todo processo de hospitalização.

4 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

A seguir serão descritos os procedimentos metodológicos a serem seguidos para a realização deste estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Caracteriza-se por um estudo exploratório, visto que investiga as necessidades dos pais frente à fragilidade do recém-nascido prematuro internado na UTI Neonatal.

Quanto aos procedimentos técnicos, trata-se de um levantamento a ser realizado com os pais dos bebês pré-termo internados UTI Neonatal do HCC.

A abordagem a ser realizada será qualitativa. Segundo Minayo (2004), o estudo qualitativo contempla um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que não podem ser quantificados. Trata-se de um estudo mais aprofundado das relações, dos processos e dos fenômenos.

Estudos qualitativos buscam compreender os fatos em seus cenários naturais, com o propósito de interpretar a experiência humana e o sentido atribuído pelos atores que vivem essa experiência (SANTOS et al., 2007).

Assim, considerando essa metodologia, acredita-se alcançar os objetivos do trabalho.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo será a UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição - Grupo Hospitalar Conceição - na cidade de Porto Alegre. Trata-se de um hospital integrante do SUS. Tal unidade é referência na assistência ao recém-nascido pré-termo em todo o Estado do Rio Grande do Sul. Atualmente, a UTI Neonatal dispõem de 30 leitos de cuidados intensivos e 20 leitos de cuidados intermediários. Os bebês admitidos são, em sua maioria, prematuros de alto risco. A equipe multiprofissional de saúde que atua nessa unidade é constituída por 60 técnicos de enfermagem, 24 enfermeiras, 14 médicos neonatologistas, 02 fonoaudiólogos, 01

terapeuta ocupacional, 01 psicóloga, 01 assistente social, 02 fisioterapeutas, 02 nutricionistas e 02 secretárias.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Serão os pais e/ou responsáveis dos bebês prematuros, com peso igual ou menor do que 1500 gramas, internados na UTI neonatal do Hospital da Criança Conceição.

Justifica-se a inclusão dos responsáveis pelos bebês prematuros, devido a atual constituição familiar, que, muitas vezes, encontra-se fora dos padrões considerados normais pela sociedade. No ambiente da UTI neonatal, geralmente nos deparamos com o abandono materno e/ou paterno, complicações na saúde da mãe, e até mesmo o óbito da mesma; assim, outro integrante dessa família assume os cuidados com o bebê.

4.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Serão incluídos na pesquisa todos os pais e/ou responsáveis de bebês prematuros, com peso igual ou menor do que 1500 gramas, internados na UTI Neonatal do HCC que aceitarem participar desse estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Os pais e/ou responsáveis que são menores de idade (< 18 anos de idade)

4.6 AMOSTRA

A amostra será por conveniência e não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade (MINAYO, 2004). No entanto, estima-se alcançar em torno de 10 sujeitos, a fim de abranger ao máximo o problema investigado, em suas múltiplas dimensões.

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados será feita por meio de entrevista individual, em local reservado dentro da UTI Neonatal, no período da manhã e tarde. Para Minayo (2004), além de ser o procedimento mais usado em campo, é através da entrevista que o pesquisador obtém informações contidas na fala dos atores sociais.

A entrevista seguirá um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A) apresentado aos pais e/ou responsáveis pela criança, onde os mesmos terão liberdade de expressar suas necessidades frente à fragilidade da saúde do seu filho, seus sentimentos, opiniões e sugestões.

Primeiramente, os pais e/ou responsáveis pela criança serão informados dos objetivos dessa pesquisa e deverão assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para participarem da mesma.

Os dados serão coletados por um gravador digital, e posteriormente transferidos para um microcomputador, onde serão transcritos e analisados. Após, ficarão armazenados em CD-RW, onde serão guardados por cinco anos pela pesquisadora, quando, então, serão destruídos.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, utilizar-se-á a Análise de Conteúdo proposta por Minayo (2004), cujos passos para a realização são descritos a seguir:

Pré-Análise: organização do material a ser analisado, de acordo com os objetivos, definindo as unidades de registro, os trechos significativos e a categorização das informações coletadas.

Exploração do material: será realizada através da observação dos dados e compreensão dos registros, onde serão feitos recortes do texto que poderão ser palavras ou frases que

respondam aos objetivos do estudo. Esses recortes levarão a elaboração de categorias e subcategorias de análise.

Tratamento e interpretação dos dados: nessa etapa, será estabelecida a articulação entre as informações coletadas e as referências teóricas, com o objetivo de responder às questões da pesquisa.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo atende à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000) que define pesquisa com seres humanos, aquela que individualmente ou coletivamente, envolve o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações ou materiais.

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e será iniciado somente após sua aprovação.

Os participantes serão informados sobre o tema da pesquisa, os objetivos e a relevância do estudo para qualificar a assistência prestada aos mesmos. Após os esclarecimentos, será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), a todos os participantes que concordarem em fazer parte da pesquisa. O TCLE será fornecido em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o participante.

Será garantido a todos os sujeitos entrevistados sigilo total em relação à identidade e às informações fornecidas durante a entrevista. Os participantes poderão desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao atendimento assistencial do bebê e sua família.

As informações obtidas nas entrevistas ficarão guardadas pela pesquisadora e somente após cinco anos serão destruídas (BRASIL, 2000).

6 ORÇAMENTO

Digitação e formatação	150,00
Revisão ortográfica	50,00
Tinta impressora	40,00
Encadernação	50,00
Folhas, canetas, CD-RW, pilhas (gravador), pastas arquivo	70,00
Livros	200,00
Xérox	100,00
TOTAL	670,00
	Valores em reais

Todos os custos serão de responsabilidade da pesquisadora.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, A. J. C. de; ROLIM, K. M. C. **Bases científicas do acolhimento amoroso ao Recém-Nascido**. Revista de Pediatria do Ceará, v. p. 27 – 32, 2006.

AVERY, G. B. **Perspectivas em neonatologia**. Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978.

AVERY, G. B. **Perspectivas na década de 1990**. Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. **A humanização dos serviços e o direito à saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set./out. 2004.

BOWLBY, J. **Trilogia Apego e Perda**. Volumes I e II. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS 196/96 e outras)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso – Método Canguru** – Manual Técnico, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos** / [Heloisa Marcolino (Coord.) et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, p. 74, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, p. 52, 2006

CARVALHO, M. **O ambiente da UTI Neonatal e sua repercussão na assistência ao recém-nascido**. IN Simpósio de Neonatologia. Rio de Janeiro, 1997.

CORIAT, E. **Psicanálise e clínica de bebês**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar**. Ciência & Saúde Coletiva v. 9, n,1, p. 7-14, 2004.

DOWNES, J. J. **Evolução histórica, estado atual e desenvolvimento prospectivo do tratamento intensivo pediátrico.** Clínica de Terapia Intensiva, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 1-25, 1992.

HERNANDEZ, A. M. **Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato.** São José dos Campos: Pulso, 2003.

IBD 2005, Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/matriz.htm

FRANÇA, A. **O desamparo do Bebê prematuro de risco na unidade neonatal: implicações psico-afetivas.** (Monografia de Especialização em Psicologia da Saúde – PUC/MG – Unidade Betim). 2004.

KLAUS, M; K, J. **Assistência aos pais.** In: KLAUS, M. D.; FANAROFF, L.; AVROY, A. ; MARSHALL, H. **Alto Risco em Neonatologia.** 2. ed. Interamérica, 1982.

LAMEGO, D. T. C; DESLANDES, S. F; MOREIRA, M. E. L. **Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica.** Cência & Saúde Coletiva, v, 10, n. 3, p. 669 - 675, 2005.

MEIRA, A. C. S. **A Escrita Científica no Divã:** entre as possibilidades e as dificuldades para com o escrever. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MIURA E. **Neonatologia. Princípios e práticas.** Porto Alegre. Artes Médicas, 1991.

MOREIRA, J. O. de. **A ruptura do continuar a ser:** o trauma do nascimento prematuro. Mental, v.5, n.8, p. 91-106, jun. 2007.

MORAES, C. F. S. **Dificuldades Cotidianas e Sentimentos Maternos Relacionados ao Recém-Nascido Pré-Termo Internado na UTI Neonatal.** Monografia, Faculdade de Enfermagem. Centro Universitário FEEVALE. Novo Hamburgo, 2008.

PAIM, B. J. P. **Vínculo Pais-Bebê em uma UTI Neonatal. A educação de pais e a posição mãe-canguru.** Canoas: ULBRA, 2003.

OLIVEIRA, R. M. S. de; CASTRO, S. C.; FRANCESCHINI; PRIORE, S. E. **Avaliação antropométrica do recém-nascido prematuro e/ou pequeno para a idade gestacional.** Revista Brasileira Nutrição Clínica. v. 23, n. 4 p. 298-304, 2008.

OLIVEIRA, M. G. de. **Recém-nascido prematuro de muito baixo peso: acompanhamento dos primeiros doze meses de idade corrigida.** Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

REICHERT, A.P. S; LINS, R. N. P; COLLET, N. **Humanização do Cuidado da UTI Neonatal.** Revista Eletrônica de Enfermagem. [serial on line] v.9, n. 1, p. 200-213. Jan. - Abr. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.atm>

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. **Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903).** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 6, n. 2, p. 286-291, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br

SANTOS, M. L. C.; MORAES, G. A.; VASCONCELLOS, M. G. L.; ARAÚJO, E. C. **Sentimentos de Pais Diante do Nascimento de um Recém-Nascido Prematuro.** Revista Enfermagem UFPE on line. Pernambuco, p. 111-120. 2007.

SWEET, Y. A. **Classificação do recém-nascido de baixo peso.** In KLAUS M. D., L Fanaroff L.; AVROY. A.; FANAROFF, M.B, MARSHALL H. **Alto Risco em Neonatologia.** 2. ed. Interamérica, 1982.

SCOCHI, C. G. S.; KOKUDAY, M. L. do 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-Americana de Enfermagem, v. 11, n. 4, p. 539-543, Jul.-Ago. 2003.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco.** 2. ed. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan. 2002.

UNGERER, R. L. S; MIRANDA, A. T. C. **História do alojamento conjunto.** *Jornal Pediatria.* Rio de Janeiro, v. 75, n.1, p. 5-10, 1999.

XAVIER, C. **Atuação Fonoaudiológica em Berçário:** aspectos Teóricos e Práticos da relação mãe-bebê. In ANDRADE, Claudia Regina Furquim. Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco. São Paulo: Lovise, 1996.

ZORNIG, S. J. A.; MORSCH, D. S.; BRAGA, N. A. **Os tempos da prematuridade.** Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Ano VII, n. 4, p. 135-143, Dez/2004. Disponível em: www.fundamentalpsychopathology.org/art/dez10/9.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AOS PAIS DOS RN PREMATUROS
INTERNADOS NA UTI NEONATAL DO HCC**

Sujeito/ número: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Grau de instrução _____

Data da Entrevista: _____

Parentesco com o bebê: _____

Questionário:

1. Como você se sente sendo mãe/pai de um bebê prematuro?
2. Você sabe qual a importância da presença dos pais para a recuperação da saúde do bebê?
3. Você acha que o seu bebê consegue identificar a sua voz e pode sentir a sua presença através do toque?
4. Você consegue entender o que os profissionais de saúde explicam sobre a saúde do bebê? O que você acha da linguagem empregada por eles?
5. Existem fatores que interferem na sua aproximação com o seu filho?
6. Nesse ambiente hospitalar, que sugestões você daria para facilitar a aproximação com o seu filho?
7. Você gostaria que houvesse mais momentos para conversar sobre seu bebê?
8. Quais assuntos você sugere que sejam abordados?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação na pesquisa “Humanização na assistência aos pais dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição”, através de uma entrevista realizada no próprio local.

Fui informada de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, do objetivo da pesquisa, “Conhecer as necessidades dos pais frente à fragilidade do recém-nascido prematuro, internado na UTI Neonatal”, e dos demais itens abaixo citados:

Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à assistência prestada ao meu filho internado nesse hospital.

Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão autorizadas apenas para fins científicos vinculadas ao presente projeto de pesquisa.

As entrevistas serão gravadas e o material será guardado pelo prazo de cinco anos pela pesquisadora, quando então, serão destruídas. As informações nelas contidas serão utilizadas com fim exclusivo para o estudo.

Em caso de dúvidas éticas, poderei fazer contato com Vitto Giancristóforo dos Santos, Coordenador Executivo do Comitê de Ética e Pesquisa do GHC, através do telefone (51) 33572407.

A pesquisadora responsável por este projeto é Luciana Domingues Dias, que se dispõe a esclarecer qualquer dúvida referente à pesquisa acima citada, no fone: 84572886/33459802 ou pelo email: clinfo@gmail.com, ou na rua Domingos Martins, nº 37, bairro Jardim São Pedro.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa desta Instituição em data: ____/____/____.

Nome do (a) entrevistado _____

Nome da pesquisadora _____

Porto Alegre, _____ de _____ 2009.