

PERCEPÇÕES DE MÃES PRIMIGESTAS DIANTE DA PREMATURIDADE

PERCEPTIONS OF NULLIPAROUS MOTHERS ABOUT PREMATURITY

Roberta R. de Almeida¹

RESUMO

Este estudo foi realizado numa unidade de internação neonatal de um hospital escola de Porto Alegre-RS, com o objetivo de identificar as reações das mães primigestas diante da prematuridade. Foram entrevistadas 10 (dez) mães, que tiveram Rn prematuros (RNPT). As reações mais observadas foram: medo, culpa, ansiedade, negação, raiva e depressão. Também foram observados os sentimentos dessas mães em relação à equipe e foram eles classificados como positivos: tranqüilidade, segurança, confiança e agradecimento e negativos (dúvida, indiferença, culpa, inveja e medo). Após a discussão dos dados, foi elaborado um plano de assistência de enfermagem para mães cujos RNPT encontram-se em uma unidade de tratamento intensivo neonatal (UTI-Neo), a fim de humanizar a assistência e tornar essa fase mais amena.

UNITERMOS: *assistência de enfermagem, percepções, prematuridade, primigesta, reações, sentimentos, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI-Neo).*

1 INTRODUÇÃO

A maioria das gestações termina com o nascimento de uma criança normal, que não exigirá cuidados especiais. Entretanto, alguns recém-nascidos apresentam ao nascer condições que exigem a intervenção de enfermagem e médica. Entre estes estão os Rns de pré-termo (RNPT), que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, é todo aquele nascido antes da 37ª semana completa de idade gestacional (Trindade, 1990, p.611).

Tal fato leva à separação dos pais de seu pequeno bebê, sendo então necessário, dentre outros, a assistência de enfermagem, visando a adaptação psicológica a esta nova realidade que é um processo lento e doloroso.

A passagem bem-sucedida por essa fase é um pré-requisito para a aceitação completa da criança e o planejamento racional do seu futuro, uma vez que os primeiros momentos na vida deste Rn são decisivos na sua evolução futura (Pena e Aguiar, 1990).

A assistência aos pais de um RNPT diferencia-se pelo fato de que o seu bebê encontra-se em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI-Neo); devemos considerar a fragilidade do Rn por razões cronológicas, ponderais, anatômicas e fisiológicas há pouco saído do organismo de uma mulher e do contexto de uma família, ou seja, temos de considerar sua assistência do ponto de vista biopsicossocial (Rego, 1991).

Diante da difícil tarefa de cuidar de RNPT, a equipe da UTI-Neo deve aprender a lidar com os próprios sentimentos e valores, pois não podemos pregar coisas que não acreditamos ou que não conseguimos ver como importante para tal problemática. Só então poderemos fazer com que os pais tenham estrutura para passarem por essa fase tão difícil de suas vidas. Devemos dominar nossa ansiedade, frustrações e medos se quisermos ajudar nossos pacientes e suas famílias, enquanto que, por outro lado, não podemos nos defender "endurecendo nossos corações". O preço da empatia com a família é uma participação na sua dor (Avery, 1978).

Uma equipe que lida com os que, por algum motivo, podem morrer, deve aprender a trabalhar seus sentimentos sobre a morte. Os estágios de morrer foram descritos por Kubler-Ross, citado por Avery (1978): choque, negação, depressão, barganha, aceitação e separação.

¹ Enfermeira do Centro de Neonatologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Versão da Monografia apresentada para obtenção do título de Enfermeira Especialista em Neonatologia pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em agosto de 1995. Orientadora Profª Rosa M.M. Viana.

Na área da neonatologia, percebemos esses sentimentos nos pais, mas deveríamos estar cientes quando eles acontecem em nós mesmos ou em alguns membros da equipe. As enfermeiras quase se tornam "mães" substitutas. Desenvolvem sentimentos pelos bebês e experimentam sofrimento emocional e depressão nas suas mortes.

Segundo Avery (1978, p.13), "Os sentimentos dos pais serão influenciados por aquilo que nós lhes falamos e como lhes falamos".

Ainda segundo o autor, a adaptação psicológica dos pais a esta realidade é um processo lento e doloroso. Durante a gestação foi planejado o nascimento de uma criança perfeita e, subitamente, há uma ruptura entre esta idealização e a realidade. Embora as reações dos casais sejam as mais diferentes, psicólogos têm identificado fases nítidas que ocorrem antes da obtenção do equilíbrio emocional. Estas fases são: negação ("eu não"), de culpa ("por que eu?"), depressão ("pobre de mim") e raiva.

A equipe da UTI-Neo deve aprender a reconhecer, sem compactuar ou antagonizar, as manifestações das fases e ajudar o casal a vencê-las (Pena e Aguiar, 1990).

Os pais de um RNPT, na maioria das vezes estão dominados por sentimentos perturbadores e contraditórios. As duas emoções mais fortes, nesses pais, são a ansiedade e o sentimento de culpa, esta última acentuando a primeira. Este sentimento de culpa está associado ao medo de que eles possam ter feito alguma coisa ou deixado de fazer durante a gestação que tenha motivado o estado atual do seu bebê.

Além disso, esses pais são presas fáceis de uma "regressão emocional", que consiste em uma supressão dos sentimentos que os pais experimentam na relação inicial com o filho recém-nascido. Os agradáveis sentimentos que a mãe antecipava tornam-se difíceis e a regressão emocional pode tornar-se mais intensa quando não se facilita o íntimo contato mãe-filho (Rego, 1991).

Os Rns quando afastados de suas mães, logo após o nascimento, estabelecem condições que dificultam sua interação, como é o caso dos RNPT, que necessitam de cuidados especializados em unidades de tratamento intensivo, impossibilitando mãe e Rn de permanecerem juntos neste período inicial (Ávila et al., 1993).

Segundo Bowlby (1990), a privação da mãe nos primeiros dias e anos de vida pode ter efeito negativo no desenvolvimento da personalidade da criança.

É essencial para a saúde mental do bebê experimentar um relacionamento afetivo, íntimo e contínuo com sua mãe. A criança precisa sentir que é objeto de prazer e de orgulho para sua mãe, assim como a mãe necessita sentir uma expansão de sua própria personalidade na personalidade de seu filho. Ambos precisam sentir-se profunda-

mente identificados um com o outro.

Esta profunda relação que se inicia durante a gravidez, pode continuar durante o trabalho de parto e se intensifica nos dias seguintes (Klaus; Kennel, 1993).

Prugh (1953), citado por Klaus e Kennel (1993), também enfatizou a importância de a mãe ver o seu bebê prematuro tão logo seja possível, após o nascimento, para que se "minimizem" as fantasias assustadoras que ela pode alimentar e para auxiliá-la a iniciar o processo de lidar com qualquer "lacuna emocional". Ele descreveu a "lacuna emocional" como um alheamento nos sentimentos, que qualquer nova mãe experimenta durante o início de seu relacionamento com o bebê.

Kaplan e Mason (1960), citados por Klaus e Kennel (1993), enfocaram as reações das mães ao nascimento de um bebê prematuro, sob o ponto de vista de uma reação aguda ao trauma, em vez da perspectiva de um processo patológico em andamento. Entretanto, chamam nossa atenção para as práticas hospitalares e para o papel dos agentes de saúde capazes de influir, positivamente, sobre fatores da personalidade pré-existente e estabelecem quatro etapas psicológicas que a mãe e o Rn devem cumprir para atingir uma relação mãe-filho sadia:

a) Preparação para uma possível perda do Rn - o luto antecipado. Este pode ser detido pelo relacionamento precoce.

b) Enfrentar e reconhecer, como mãe, que não pôde gerar um bebê a termo.

c) Reassumir a relação interrompida como descrita no item a, com esperança de sobrevivência do Rn.

d) Compreender que seu Rn, por ser prematuro, tem características e necessidades assistenciais específicas. É importante que compreenda, também, que essas necessidades são temporárias, normalizando-se com o tempo (Rego, 1991).

Com isso surge a necessidade de reintroduzir o RNPT no contexto familiar. Portanto, ao lado da técnica médica na assistência a esses Rns, é preciso que nos consideremos responsáveis pelos efeitos danosos da ruptura da relação mãe-filho e que utilizemos táticas facilitadoras da reorganização do vínculo partido (Rego, 1991).

Dentro deste contexto, a proposta deste estudo é identificar as reações de mães primigestas diante da prematuridade.

2 METODOLOGIA

Os dados deste estudo foram obtidos através da aplicação de um questionário com perguntas semi-estruturadas (Anexo) a uma população de 10 (dez) mães primigestas de RNPT, com média de idade de 22 anos.

Os questionários foram preenchidos pela pesquisadora. A entrevista ocorreu na quarta visita ao Rn. Algumas mães consentiram em responder o

questionário após maiores explicações sobre o conteúdo da pesquisa; outras colaboraram espontaneamente.

O estudo foi realizado na UTI-Neonatal da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, um hospital-escola, no período de 01 de janeiro a 15 de abril de 1995.

As informações coletadas sofreram um processo de categorização de acordo com as reações apresentadas pelas mães. Os dados demográficos estão expostos na tabela e as reações das mães são discutidas a seguir.

O critério para escolha das mães foi que elas fossem primigestas e que a entrevista fosse realizada na 4ª visita ao RNPT na UTI-Neonatal (4ª visita no 4º dia de vida do Rn). Não se levou em consideração nenhum outro dado.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

3.1 Dados demográficos

Após uma extensa revisão de estudos que exploravam os efeitos futuros dos fatores perinatais no desenvolvimento de crianças, Sameroff e Chandler (apud Klaus; Kennel, p.175, 1993) concluíram que "mesmo se [sic] se continue a acreditar na existência de uma linha contínua de reprodução, sua importância diminui, em comparação com a influência maciça dos fatores sócio-econômicos, sobre o desenvolvimento tanto pré quanto pós-natal".

Os dados colhidos por Backeman e Brown (apud Klaus; Kennel, 1993) ao longo de três anos apóiam a conclusão de que bebês nascidos prematuramente, vindos de uma população desprivilegiada, estavam sob um risco maior para "déficits" cognitivos do que os bebês da população de classe média. Os estudos de Backeman e Brown mostraram que a capacidade cognitiva podia ser prevista por seu estado ao nascer e pelo nível educacional da mãe.

Para Field (apud Klaus; Kennel, 1993) existem certos fatores que colocam o bebê prematuro de mãe adolescente sob um risco maior, quando do parto, apesar de um atendimento pré-natal equivalente. As mães adolescentes têm menos experiência e conhecimento sobre os papéis parentais e expectativas mais irrealistas com relação aos marcos de desenvolvimento para os seus bebês.

40% das mães entrevistadas tinham entre 13 a 18 anos; 60% tinha como grau de instrução o 1º grau, sendo 40% 1º grau incompleto e 20% 1º grau completo; 40% eram solteiras e 80 % tinham pré-natal.

Estes dados não foram utilizados em qualquer tipo de análise para a realização da pesquisa; apenas foram utilizados para estabelecer um relacionamento inicial com a mãe.

Tabela

Tabela demonstrativa do grau de instrução, estado civil e pré-natal das 10 (dez) mães entrevistadas, de acordo com a idade.

IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	ESTADO CIVIL	PRÉ-NATAL
13 —— 18 40% = 4 mães	1º grau = 90% 2º grau = 10%	100% solteiras	sim = 50% não = 50%
9 —— 24 30% = 3 mães	1º grau = 100%	90% casadas	sim = 100%
25 —— 30 30% = 3 mães	2º grau = 90% 3º grau = 10%	90% casadas 10% solt. c/comp.	sim = 100%

Fonte: Dados da pesquisa.

3.2 Primeiro contato com os pais (informações e local)

Segundo Klaus e Kennel (in Klaus; Fanaroff, 1982, p.135):

"As ações e respostas da mãe diante de uma informação sobre seu bebê, derivam de uma complexa combinação da sua própria dotação genética, de como o Rn reage à ela, da sua relação com a família, com assimilação de práticas e dos valores da sua cultura e, provavelmente o mais importante, como ela foi criada por sua mãe e seu pai.

O comportamento maternal de cada mulher, suas capacidades para tolerar os estresses e suas necessidades de atenção especial diferem grandemente e dependem de uma mistura desses fatores.

No que diz respeito às práticas assistenciais estão incluídos os comportamentos da enfermagem, dos médicos, do tratamento e apoio durante o trabalho de parto, primeiras horas e primeiros dias de vida, a separação entre a mãe e o bebê, assim como os regulamentos do hospital (práticas hospitalares)".

A partir disso, destaca-se a importância da primeira informação sobre o bebê aos pais tão logo seja possível, para que não corramos o risco de quebrar essa fase inicial de interação.

Com relação ao local e por quem foram dadas as primeiras informações para a mãe do Rn temos os seguintes percentuais:

- 90% ocorreram no centro obstétrico (C.O.);
- 10% na UTI-neonatal.

Deste total:

- 40% pelo pediatra;
- 40% pelo obstetra;
- 20% pelo enfermeiro, sendo:
 - 10% enfermeiro neonatologista e
 - 10% enfermeiro obstétrico.

As informações foram recebidas pelas mães da seguinte maneira:

- 30% entenderam que o bebê estava muito doente;
- 20% disseram não ter entendido;

- 10% receberam a informação com detalhes e cuidado;
- 10% entenderam que era um Rn pré-termo.

3.3 Reações das mães

Com relação às reações das mães, foi questionado como foi no primeiro momento (antes de ver o bebê), na 1ª visita ao Rn (primeira vez que o viu na UTI-neonatal) e na 4ª visita ao Rn na UTI-neonatal.

3.3.1 Primeiro momento

Segundo Prugh (apud Klaus; Kennel, 1993, p.176), na era anterior àquela em que os pais fossem admitidos na UTI-neonatal, várias observações perspicazes e sensíveis foram feitas sobre as mães. Ele relatou que "durante os primeiros meses de vida do bebê, a mãe é empurrada para uma posição periférica do apoio. Pelo fato de ter que assumir este papel involuntário, a mãe frequentemente se encontra como uma presa de emoções perturbadoras e, às vezes, de sentimentos conflitantes drásticos", particularmente se este é seu primeiro filho.

A ansiedade e a culpa eram as duas emoções mais aparentes na mãe durante este período. Ela está, compreensivelmente, apreensiva com a sobrevivência do seu bebê durante este período inicial da hospitalização. Seus sentimentos de culpa aumentavam suas sensações de ansiedade. Ela temia que alguma coisa que ela fez ou deixou de fazer durante a gravidez, afetou o bebê e provocou a prematuridade.

Prugh também enfatizou que é essencial que a mãe veja o bebê prematuro tão logo seja possível, após o nascimento, para que se "minimizem as fantasias assustadoras que ela pode alimentar e para ajudá-la a começar o processo de lidar com qualquer lacuna emocional".

Kaplan e Mason (apud Klaus; Kennel, 1993, p.177) enfocaram as reações das mães ao nascimento de um bebê prematuro, sob o ponto de vista de uma reação aguda ao trauma, em vez da perspectiva de um processo patológico em andamento. Sua abordagem está sintonizada com os conceitos de teoria da crise, de Kaplan (1960, 1964, 1965). Ele define "crise" como "períodos de tempo limitado, de desequilíbrio ou de perturbações comportamentais e subjetivas, que são precipitados por uma exigência inevitável ou por uma carga à qual a pessoa está, temporariamente, incapaz de reagir adequadamente. Durante este período de tensão, a pessoa luta com o problema e desenvolve novos recursos, buscando tanto suas reservas internas, quanto o auxílio dos outros. Estes recursos são, então utilizados para lidar com o fator precipitante, e a pessoa adquire, uma vez mais, um estado de equilíbrio".

Após a definição de crise, Kaplan e Mason (apud Klaus; Kennel, 1993) reconheceram que as reações a um evento estressante, tal como o nascimento de um bebê prematuro, podiam ser intensamente condicionadas por fatores de personalidade previamente existentes. Entretanto, enfatizaram que as práticas hospitalares e o papel dos agentes de saúde podem exercer uma influência positiva sobre esses fatores.

Segundo Avery (1978) a adaptação psicológica dos pais a esta realidade é um processo lento e doloroso. Durante a gestação foi planejado o nascimento de uma criança perfeita e, subitamente, há uma ruptura entre a idealização e a realidade. Embora as reações das mães sejam as mais diferentes, psicólogos têm identificado fases nítidas que ocorrem antes da obtenção do equilíbrio emocional. Essas fases são: Negação ("eu não"); de culpa ("por que eu?"); depressão ("pobre de mim") e raiva.

Com relação às reações das mães entrevistadas, as mais relatadas foram: medo, ansiedade, culpa, pavor, susto, alívio, negação, raiva e depressão.

3.3.2 Primeira visita ao RNPT na UTI-Neonatal

Na primeira visita ao Rn na UTI-neonatal, as mães apresentaram mais de uma reação; foram elas:

- Sentimentos de culpa, medo, pena, ansiedade, alívio e susto.

Em decorrência dessas reações, algumas práticas devem ser observadas para minimizar essas reações e iniciar uma adequada interação mãe x bebê.

Segundo Rego (1991), tão logo seja possível, a mãe deve ser estimulada a visitar seu bebê na UTI-neonatal. É conveniente que as primíparas vejam outros RNPT, com suas características físicas peculiares, para melhor apagar a imagem do "bebê imaginário".

Antes que a mãe veja o seu bebê, a enfermeira ou médico devem descrever, usando linguagem simples, o que ocorreu para que o seu bebê tivesse de ser internado em uma UTI-neonatal, esclarecendo peso, comprimento, idade gestacional e aspecto físico. Também deve ser descrito o ambiente da unidade: incubadoras, fios, sondas, aparelhos com sons eletrônicos, etc... bem como que ele estará despido, com a cabeça raspada, com uma veia "pega", tubo plástico na boca, a cabeça dentro de uma redoma plástica, etc...

Segundo Cramer (apud Klaus; Kennel, 1993), quase todas as mães de RNPT expressam sentimentos de culpa acusando-se a si mesmas de terem sido más mães, de terem exposto seus filhos a grande tensão, forçando-os para fora do seu útero protetor. "Se ele ainda estivesse em mim, não teria que sofrer com todas essas agulhas e tubos".

Estes sentimentos de culpa interferem, às vezes gravemente, em duas importantes áreas:

1º - Estabelecimento de um relacionamento com o filho, e quando finalmente entra em contato com ele não ousa tocá-lo, a menos que receba permissão;

2º - capacidade de fazer perguntas à equipe. A falta de informação da mãe fomenta a perpetuação de explicações centralizadas na culpa, bem como sua crença de ser um perigo potencial para o bebê – medo que este se revelasse algum “erro” cometido por ela.

3.3.3 - 4ª visita

Foi estipulada a 4ª visita, para dar tempo à mãe para que ela esteja um pouco mais familiarizada com o Rn, e, segundo Avery (1978), quando já se obteve o equilíbrio emocional.

As reações foram: esperança, ansiedade, raiva, pena, preocupação, culpa, satisfação, felicidade, tranquilidade, acostumadas vendo o bebê como normal, vendo-o como anormal e arrependimento.

Segundo Klaus e Kennel (1993), os estudos realizados por Harper et al. (1976) Bonfiel et al. (1976), Mind et al. (1975, 1978, 1980) e Newman (1980), mostraram que mesmo hoje quando é permitida a entrada dos pais na UTI-neonatal, estes continuam se mostrando sob uma tensão emocional severa. Harper et al. verificaram que mesmo quando se permite um contato íntimo da mãe com o Rn, elas experimentam uma tensão prolongada. Entretanto, relatam que as mães acreditam que a oportunidade de ter este contato com o bebê na UTI-neonatal é precioso, apesar da sua ansiedade. Newman observou: “lutar pela participação” como um intenso, apesar de variável envolvimento nos cuidados de RNPT; ao contrário “lutar à distância” representa um processo mais lento do conhecimento, no qual as mães expressam medo, ansiedade e às vezes, negativismo antes de aceitar o Rn sobrevivente. Mason (apud Klaus; Kennel, 1993) descobriu que certos aspectos dos mecanismos utilizados pelas mães, para enfrentar a situação, eram extremamente úteis para uma previsão da natureza dos relacionamentos subseqüentes com seu filho. Se a mãe mostrava um baixo nível de ansiedade e atividade, as probabilidades eram de que seu comportamento com o bebê seria comprometido. Estas mães freqüentemente negavam estar ansiosas e dirigiam suas preocupações para outras questões, que não a condição do bebê. Mason concluiu que “os esforços para evitar evoluções comprometidas nas mães e seus bebês prematuros deveriam ser dirigidos para um aprimoramento da interação entre a mãe e seu bebê prematuro”. (p.179)

3.4 Sentimentos em relação à equipe

Algumas mães demonstraram mais de um sen-

timento² com relação à equipe. Os sentimentos foram categorizados em positivos: tranquilidade, segurança, confiança e agradecimentos e negativos: dúvida, indiferença, culpa, inveja e medo.

Segundo Rego (1991), o sentimento de culpa da mãe se acentua quando ela percebe ou supõe que não sabe atender às necessidades de seu Rn com a mesma habilidade do pessoal de enfermagem e médico. Isto, com freqüência, gera sentimentos negativos com o pessoal da equipe da UTI-neonatal. Por outro lado, é a esse “pessoal” que seu filho está entregue e todo cuidado é pouco para não deixar transparecer os sentimentos negativos. Alguns pais até verbalizaram estes sentimentos após a alta, mas nunca durante a internação porque temem “revide” por parte dos profissionais que cuidam do seu filho.

4 PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MÃE DO RNPT

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, foi construído um plano de assistência básica, para a mãe de um RNPT, durante sua estadia na UTI-neonatal.

- A enfermeira deverá receber a mãe na sua primeira visita à UTI-neonatal.

- Antes da mãe ver o bebê a enfermeira deverá descrever, usando linguagem simples, o que ocorreu para que o bebê tivesse de ser submetido a cuidados intensivos, bem como deverá fazer uma descrição do ambiente da unidade e do aspecto físico do seu bebê.

- Quando a enfermeira “apresentar” o bebê para a mãe, essa deverá chamá-lo pelo nome (ou da mãe-Rn de...), informar peso, estatura, descrevendo o porquê de alguns equipamentos e procedimentos. Segundo Klaus e Fanaroff (1982) é importante lembrar que os sentimentos de amor para a criança são despertados através do contato visual.

- A enfermeira deve estimulá-la a tocar no bebê, explicando-lhe o valor do toque, e que este pode reduzir alguns problemas respiratórios (se houverem), acelerar o ganho de peso e abreviar a alta da unidade. Esse procedimento visa estimular visitas mais freqüentes e mais prolongadas.

A equipe de enfermagem deverá ajudá-la e orientá-la no que for solicitado, sem que essa seja julgada ou criticada, pelo que fez ou deixou de fazer.

- A mãe deve ser orientada a trazer touquinhas ou sapatinhos para o uso do bebê, bem como um “brinquedinho” plástico (algo que já tinha sido estipulado para o bebê).

Segundo Klaus e Fanaroff (1982), em todas as essas intervenções é necessário que a enfermei-

2 Obs.: Para a autora desta pesquisa os sentimentos basearam-se nas reações e respostas das mães entrevistadas e foram categorizados conforme os autores citados nos textos.

ra tenha a mãe sob sua "proteção", especialmente nos primeiros dias e semanas. Esse auxílio pode ser muito valioso para ajudar a mãe a superar a ansiedade.

- A enfermeira deve ensinar, orientar e estimular que a mãe participe nos cuidados do Rn, sempre que possível (banho, alimentar, trocar fraldas, etc.) e sempre com auxílio de alguém da equipe de enfermagem para que esta sinta-se segura.

- A mãe deverá ser orientada nas práticas para efetivação do aleitamento materno (freqüentar banco de leite, esgotamento das mamas, etc.)

- Deverá ficar claro para a mãe que a sua permanência na unidade é livre (bem como a do pai), e que sua participação no grupo de pais de RNPT é importante.

- A enfermeira e equipe de enfermagem devem colocar "bilhetinhos" no leito do bebê, deste para a mãe, por exemplo: "Não demore a voltar para me ver", "assinado" pelo bebê.

- A enfermeira deverá colocar-se à disposição da mãe para auxiliá-la e orientá-la durante este período tão sensível e delicado da sua vida, ajudando e facilitando o processo de interação da mãe com o bebê.

- Registro da visita: a equipe de enfermagem deverá fazer o registro de visitas na folha diária do bebê (folha de Sinais Vitais).

5 CONCLUSÃO

Neste estudo, foram identificados as reações mais freqüentes nas mães dos RNPT: ansiedade, culpa, medo, negação, raiva e depressão e seus sentimentos em relação à equipe os quais foram categorizados como positivos: tranquilidade, segurança, confiança e agradecimento e negativos: dúvida, indiferença, culpa, inveja e medo. Essas reações e sentimentos correspondem ao que dizem os autores na revisão bibliográfica. A partir dessa confirmação, foi possível concluir que esse período é sempre muito delicado e difícil para as mães, pois todas as suas expectativas para com o bebê tornaram-se ir-reais e a adaptação a esta nova realidade é um processo lento e rodeado por sentimentos negativos como os citados acima.

Com base nos achados e no que relatam os autores, foi elaborado um plano de assistência de enfermagem para as mães dos RNPT, com a intenção de que esse período se torne mais ameno para essas mães, e para que não corramos o risco de haver uma ruptura nesta fase inicial e tão importante da interação da mãe com o bebê. Assim estaremos promovendo o vínculo deste binômio que é de fundamental importância para o adequado desenvolvimento do bebê e, possibilitando assim a criação de novos rumos para uma assistência mais efetiva, eficaz e humanizada para as mães desses seres tão surpreendentes, que são os RNPT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ÁVILA, Jairo S.; VIANA, Rosa M.M.; OLIVEIRA, Rute Amaro de. *Comparação entre o comportamento de interação de mães que foram afastadas do recém-nascido e das mães que permaneceram com seus Rn em alojamento conjunto*. Canoas, RS, nov. 1993.
- 2 AVERY, Gordon B. *Neonatologia: fisiopatologia e cuidados do recém-nascido*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1978.
- 3 BOWLBY, John. *Apego*. 2. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1990.
- 4 KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H. *Pais-bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 5 KLAUS, Marshall H.; FANAROFF, Avroy A. *Alto risco em neonatologia*. 2. ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1982.
- 6 PENA, D.T. Sérgio; AGUIAR, Marcos, J.B. O RN com malformações e sua família. In: ALVES FILHO, Navantino; CORREA, Mário Dias. *Manual de perinatologia*. São Paulo: Medsi, 1990. 2v., cap.4.
- 7 REGO, José Dias. *Temas de pediatria nº 48- Nestlé: Serviços de Informação Científica*, 1991.
- 8 REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. *Obstetrícia fundamental*. 6. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1992.
- 9 TRINDADE, Cleide Enair Petean. Prematuridade. In: ALVES FILHO, Navantino, CORREA, Mário Dias. *Manual de perinatologia*. São Paulo : Medsi, 1990. 2v., cap.48.

Endereço da autora: Roberta R. de Almeida
 Author's address: Osvaldo Aranha, 232/85 - bomfim
 90.410-000 - Porto Alegre - RS

ANEXO

QUESTIONÁRIO

- Idade da mãe
- Grau de instrução
- Estado civil
- Idade do Rn.....
- Fez pré-natal () Sim () Não
- 1 - Quem lhe deu e onde dada a primeira informação sobre seu bebê.

- 2 - Cite como foi a informação. Qual sua reação no primeiro momento.

- 3 - Qual foi sua reação ao ver seu bebê?

- 4 - Como você o vê agora?

- 5 - Fale sobre suas emoções em relação ao bebê e à equipe.

ABSTRACT

This study was made in a neonatal intensive care unit in a school hospital at Porto Alegre/RS, trying to identify the reactions of nuliparous mothers about prematurity. Ten (10) interviews with mothers of premature infants was made. The most commonly reactions were: fear, guilty, anxiety, negation, angry and depression. The mother's feeling about the team, are also observed, and classified in: positive (tranquility, safety, trust, regardness) and negative (doubt, indifference, guilty, envy and fear). A plane of nursing care was made to mothers of premature infants in neonatal intensive care unit (NICU), with the objective of humanization and improving the assistance.

KEY WORDS: *Neonatal Intensive Care Unit (NICU), nuliparous, nursing care, perceptions, prematurity, reactions, feelings.*

RESUMEN

Este estudio fue realizado en una Unidad de Internación Neonatal de un hospital universitario de Porto Alegre-RS con el objetivo de identificar las reacciones de las madres primigestas delante de la prematuridad. Fueron entrevistadas 10 (diez) madres, que tuvieron RN prematuros (RNPT). Las reacciones más observadas fueron: miedo, culpa, ansiedad, negación, rabia y depresión. También fueron observados los sentimientos de estas madres en relación al grupo de atendimento y fueron clasificados como positivos: tranquilidad, seguridad, confianza y agradecimiento y negativos: duda, indiferencia, culpa, envidia y miedo. Después de la discusión de los datos, se elaboró un plan de asistencia de enfermaje para madres cuyos RNPT se encuentren en una Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI-Neo), con la finalidad de humanizar la asistencia y tornar más amena esta fase.

UNITERMOS: *asistencia de enfermaje, percepciones, prematuridad, primigesta, reacciones, sentimientos, Unidad de Tratamiento Intensivo Neonatal (UTI-Neo).*
