UMA REDE DE APOIO À FAMÍLIA DO PREMATURO

Talita Maria Bengozi¹
Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza²
Edilaine Giovanini Rossetto³
Bárbara Radigonda⁴
Letícia Mayumi Hayakawa⁵
Daysa Peraro Ramalho⁶

RESUMO

Este trabalho relata a experiência de um projeto de atendimento integral ao prematuro e sua família desde sua implantação. O referencial teórico utilizado foi o Cuidado Centrado na Família, proposto pelo Instituto para o Cuidado Centrado na Família. O projeto inclui atendimento hospitalar, ambulatorial e domiciliar, nas seguintes etapas: contato e apoio no dia do nascimento; atendimento individual semanal durante a hospitalização do prematuro; reuniões com grupo de pais; treinamento da família nos cuidados do recém nascido para a alta; visita domiciliar antes e após a alta hospitalar; referência para a unidade de Saúde da Família e consultas de enfermagem no ambulatório. Desde sua implantação em 2007, o projeto tem cadastradas 309 crianças atendidas e suas famílias. As experiências vividas no projeto confirmam a necessidade de um novo olhar sobre o acompanhamento desses bebês e suas famílias que enfrentam muitas situações conflitantes. Por meio da atuação no projeto, acreditamos poder contribuir para a redução da morbimortalidade pela melhora da qualidade de vida dessas crianças e famílias.

Palavras-chave: Prematuro. Família. Assistência Integral à Saúde.

INTRODUÇÃO

O parto prematuro desperta ansiedades e tensões em toda a família. Desta forma, trabalhar com o bebê prematuro implica trabalhar com seus pais, especialmente em relação a seus sentimentos e atitudes. É preciso entender o funcionamento emocional, abolir a postura crítica, hostilidade e juízos de valores, e auxiliar na resolução da ansiedade, medo, fantasias e rejeições dos pais em relação ao filho. Neste contexto, a melhor abordagem seria uma assistência centrada na criança e sua família, de modo que suas demandas servam como o principal determinante das intervenções fornecidas, pois geralmente essas crianças prematuras permanecem internadas por períodos prolongados e a hospitalização é considerada um trauma tanto para a criança como para sua família. Nesta perspectiva, a continuidade da assistência em nível domiciliar é essencial⁽¹⁾.

O grande progresso técnico-científico

ocorrido nas últimas décadas culminou em uma considerável melhoria na assistência perinatal. A partir dos anos de 1970, observou-se uma diminuição progressiva da mortalidade neonatal influenciada, pelo advento das unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN), por uma melhor compreensão das principais fisiopatologias que acometem os prematuros, pela reposição do surfactante exógeno pelo aprimoramento dos equipamentos utilizados no tratamento e recuperação dos prematuros, entre outros avanços. Entretanto, a morbidade dessas crianças a curto e longo prazo não tem acompanhado a redução da mortalidade. Ao contrário, houve um aumento de doenças associadas à morbidade, decorrente do aumento da sobrevida dos prematuros extremos, expondo esta população a um maior risco de sequelas e essa família a uma enormidade de situações de crise e sofrimento.

Muito tem sido proposto para o aprimoramento da assistência à saúde do recém-

¹Enfermeira. Residente em Enfermagem Neonatal na Universidade Estadual de Londrina – PR (UEL). E-mail: talitabengozi@yahoo.com.br

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental. Docente do departamento de enfermagem da UEL. E-mail: sarahuel@sercomtel.com.br

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental. Docente do departamento de enfermagem da UEL. E-mail: ediluiz@sercomtel.com.br

⁴Acadêmica do curso de Enfermagem da UEL. E-mail: barbara_2887@hotmail.com

⁵Enfermeira. Residente em Enfermagem Neonatal na UEL. E-mail: leticiamariha@yahoo.com.br

⁶Enfermeira. Residente em Enfermagem Neonatal na UEL. E-mail: daperaro@hotmail.com

nascido (RN), mas questiona-se a eficácia do suporte que tem sido oferecido a essas famílias durante a internação e também no período após a alta hospitalar no sentido de minimizar e prevenir os danos familiares⁽²⁾.

Inicialmente os pais apresentam uma tristeza antecipada pelo filho que era esperado. Eles desejam que a criança sobreviva, mas se preparam para a morte. A família passa a acreditar que seu filho vai sobreviver quando se iniciam o ganho de peso, mudanças na alimentação, na aparência ou na atitude e no comportamento da equipe. Para aprender a lidar com a criança e com suas necessidades especiais, durante a internação a participação da mãe e família deve ser gradual e apropriada. A mãe deve estar segura de que cuidará de seu filho melhor do que ninguém. O preparo da família deve ser iniciado bem antes da alta, para a mãe aos poucos assimilar as orientações⁽³⁾.

A alta dessas crianças pode ser tão angustiante quanto o próprio parto e deve começar a ser preparada a partir do momento em que o RN apresente sinais clínicos de recuperação e sobrevivência. Para a família do prematuro, a alta pode anunciar uma nova crise, pois ela terá que enfrentar o desafio de dar assistência completa por si mesma, sem o suporte contínuo da equipe. O sucesso da alta depende da atuação da equipe enquanto o recém-nascido estiver ainda na UTIN, com adoção de medidas que facilitem a formação do vínculo entre o RN e seus pais, promovam estimulação do RN e a efetiva interação entre a equipe médica e de enfermagem e os pais⁽⁴⁾.

Sobreviver não é a única meta dos cuidados intensivos neonatais, mas o primeiro passo na vida dessas crianças. O objetivo do seguimento é o maior conhecimento da história natural do crescimento e desenvolvimento nos RNs identificados como de alto risco, complementando e dando continuidade às ações desenvolvidas durante a gestação, parto e período neonatal, as quais devem se manter ao longo da infância e da adolescência⁽⁴⁾. A essência da intervenção de enfermagem é assegurar que o bebê receba toda a assistência necessária, que esta assistência seja coordenada e que os recursos da família sejam adequados para oferecer uma assistência contínua apropriada.

Acredita-se que a assistência de enfermagem oferecida de forma integral possa interferir positivamente no crescimento e desenvolvimento adequado do prematuro, prevenindo os riscos à saúde inerentes ao contexto da criança, tendo como meta uma garantir a esta uma melhor qualidade de vida e à família melhores possibilidades de enfrentamento da nova situação, minimizando o sofrimento.

Destarte, o presente artigo teve como objetivo descrever o funcionamento de um projeto de assistência a bebês extremamente prematuros e suas famílias, desenvolvido no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), na perspectiva do Cuidado Centrado na Família.

A implantação do projeto

O HU é um hospital público, de nível terciário e alta complexidade. Como referência regional para gestações de risco, atende, na UTIN, uma grande porcentagem de RNs prematuros e de baixo peso ao nascer. Em 2005 a taxa de prematuridade foi de 47,6%, e dos 408 prematuros nascidos no mesmo ano, 85 tinham peso de nascimento inferior a 1500g. Diante destas características, docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) que trabalham com esta temática sentiram a necessidade de realizar um atendimento integrado a esses bebês e famílias, abordando os aspectos biopsicossociais e dando suporte para o cuidado do seu filho prematuro.

O projeto tem como base os conceitos do Cuidado Centrado na Família propostos pelo Instituto para o Cuidado Centrado na Família, de Bethesda, Maryland, Estados Unidos, com o objetivo de apoiar, respeitar, incluir a família nos cuidados e nas decisões, encorajar e potencializar sua força e competência⁽⁵⁾. Nessa perspectiva, no cuidado neonatal centrado na família, as crianças, seus pais e familiares e todos os envolvidos no seu cuidado devem ser tratados com dignidade e respeito. A equipe de saúde compartilha as informações com a família de um modo positivo e útil, as famílias constroem suas forças participando em atividades que melhorem seu controle e independência e a colaboração entre a família e equipe faz parte das rotinas e do

desenvolvimento de programas, na educação profissional e no cuidado realizado.

O projeto “Uma Rede de Apoio à Família Prematura” é cadastrado na Coordenadoria da Pós Graduação da UEL como Projeto Integrado (Pesquisa e Extensão). Implantado no ano de 2007, juntamente com a residência em Enfermagem Neonatal, atende as famílias cadastradas por meio da assistência direta, realizada pelas enfermeiras residentes e docentes do curso, com o apoio de uma equipe multidisciplinar constituída de docentes e residentes de medicina, equipe de enfermagem, assistente social, psicóloga e fonoaudióloga. São incluídas no projeto as famílias dos prematuros de muito baixo peso (<1500g) nascidos na instituição que aceitem participar, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UEL.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes da implantação e funcionamento deste projeto, os prematuros já eram acompanhados no Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC) da UEL por docentes e alunos de Medicina. Ante a necessidade de inserir consultas específicas de enfermagem neste atendimento ambulatorial, constatou-se que seria imprescindível criar vínculo com essas famílias anteriormente à fase de seguimento ambulatorial, visando a um atendimento integral. Para isso a proposta foi ampliada e, atualmente, o projeto é desenvolvido desde o nascimento, durante todo o processo de hospitalização e, depois é acompanhado no domicílio e ambulatório.

As etapas do projeto são a seguir nomeadas e descritas.

1. O primeiro contato: é realizado geralmente com a mãe, ainda internada na maternidade do HU, sendo um momento de escuta e apoio emocional. Apresenta-se a proposta do projeto, solicita-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, realiza-se a entrevista com instrumento específico e entrega-se um manual de orientações da UTIN para os pais, elaborado por docentes, alunos e profissionais do próprio serviço, contendo informações sobre prematuridade, cuidados com o bebê e rotinas da

unidade.

2. Primeira visita dos pais ao prematuro: a residente de enfermagem acompanha os pais em uma das primeiras visitas ao seu filho, apoiando e estimulando o vínculo e o contato. Apresenta o ambiente da UTIN, explica o funcionamento dos aparelhos e da rotina, além de esclarecer as possíveis dúvidas. Sem o devido apoio, esse momento pode ser traumático para a mãe que receia iniciar seu vínculo com o filho⁽⁵⁻⁶⁾. O primeiro passo na aceitação ou não do bebê prematuro pelos seus pais acontece a partir do momento em que eles veem e tocam a criança⁽⁷⁾.

3. Estímulo precoce e preparo da mãe para o aleitamento materno: desde os primeiros contatos, a mãe é orientada sobre a importância e técnica da ordenha manual do leite materno precoce e manter estímulo frequente da mama para produção e coleta de leite materno. Nesse momento investigam-se a história de amamentação, os conhecimentos e o desejo de amamentar seu filho. Orienta-se que a ordenha mamária deve ser realizada preferencialmente após o parto, se possível, antes das 48 horas, pois este período parece ser crítico para a manutenção da produção láctea nas semanas subsequentes⁽⁸⁻⁹⁾.

4. Atendimento familiar semanal: realiza-se no mínimo um encontro semanal com a mãe/pai. Estudos confirmam que as mães dos prematuros querem mais informações e apoio direcionados para suas necessidades individuais durante as diferentes fases que passam com o nascimento de um bebê prematuro⁽¹⁰⁾. A cada encontro devem-se observar os seguintes aspectos: a frequência de comparecimento dos pais e estado emocional; vínculo com o bebê; suporte e estrutura familiar; situação do aleitamento materno: ordenha, frequência e volume de leite levado para o bebê; via de administração da dieta; sucção do bebê na mãe; cuidados realizados pela mãe; dúvidas; participação em reunião de pais; e ganho de peso para programação de alta. Nestas consultas, são estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, as metas e as propostas de intervenção junto à família. Cada atendimento realizado é registrado na ficha daquela família.

5. Estímulo e preparo para o contato pele a pele: a unidade não possui o método “Mãe Canguru” implantado em sua rotina, pelo fato de

não possuir estrutura física adequada e os recursos necessários; no entanto os bebês são colocados pele a pele, a fim de atingir os mesmos objetivos.

A mãe veste um avental da instituição e o bebê é colocado em seu colo, em posição ventral, em contato pele a pele. Ela fica sentada numa cadeira dentro das instalações da própria UTIN, por não existir um ambiente específico para elas ficarem com seus filhos. A avaliação da criança que tem condições clínicas para realizar o contato pele a pele é realizada em conjunto com a equipe médica e, na medida do possível, até crianças em ventilação pulmonar mecânica são beneficiadas por essa prática e tanto as mães quanto os pais podem participar.

6. Formação de grupo de pais: realiza-se uma reunião semanalmente na sala de permanência dos pais na unidade para esclarecimento de dúvidas, atividade educativa, incentivo de apoio mútuo entre os familiares de prematuros, proporcionado pela troca de experiências. Esta reunião acontece semanalmente, no período da tarde, e dela geralmente participam de cinco a oito pais e/ou mães, com duração média de uma hora. É um momento rico em troca de experiências entre as famílias, além de uma oportunidade de esclarecimento de dúvidas em comum sobre patologias, procedimentos e rotinas da unidade.

7. Processo de preparo para a alta hospitalar: durante a internação, a participação da mãe nos cuidados do bebê deve ser gradual, para que se sinta segura para cuidar de seu filho. Quando a mãe está impossibilitada de cuidar, por motivos de saúde ou até mesmo quando a mãe falece, outro integrante da família, como o pai, uma tia ou uma avó, recebe os cuidados preparativos para alta. A transição do hospital para casa pode ser estressante para os pais. Embora fiquem felizes por saber que o filho está bem para ir para casa, também têm dúvidas e medos quanto à sua capacidade de dispensar os cuidados domiciliares⁽¹¹⁾. O programa também tem a finalidade de dar esse suporte e segurança à família. Com a proximidade da alta, intensifica-se a permanência dessa mãe na unidade, estimula-se a prática de cuidados com o seu filho e procura-se desenvolver as capacidades necessárias para os cuidados em casa.

8. Visita domiciliar pré-alta e contato com a unidade de Saúde da Família (USF): de acordo com a realidade de cada família, faz-se um reconhecimento do ambiente, ajudando os pais no preparo do domicílio para recepção e acomodação do bebê. Novamente é estimulada a família a expor suas dúvidas e ansiedades, buscando-se oferecer o apoio emocional para o enfrentamento dessa etapa. Nesta visita procura-se fazer o primeiro contato com a USF, para trocar informações a respeito da internação desse bebê e de sua família, para que essa equipe se prepare para assumir a continuidade deste cuidado.

9. Visita domiciliar pós-alta: após a alta hospitalar retorna-se às casas para observar a acomodação do bebê e ajudar as famílias a superarem as dificuldades iniciais. Este tem sido também um momento muito propício para investir no processo de aleitamento materno, por se constituir num período crítico de insegurança e adaptação. Realiza-se contato pessoal com a USF da região onde a família reside e entrega-se à equipe um impresso com os dados de nascimento, internação e alta do RN, que será anexado ao seu prontuário. Depois dessa etapa, o seguimento desse prematuro e sua família continuam ambulatorialmente no AHC e também por via telefônica com a USF, se necessário.

10. Consulta de enfermagem no ambulatório do prematuro: a assistência ambulatorial tem como objetivo principal manter a periodicidade das consultas individualizadas, de acordo com o fator de risco, para que a intervenção, quando necessária, ocorra precocemente, diminuindo a possibilidade de reinternação dos bebês observados. Esta consulta não é simplesmente uma puericultura, mas um momento de apoio e troca, em que o atendimento deve ser realizado com base na demanda da família⁽¹²⁾. Considera-se essencial o vínculo formado anteriormente com os profissionais, facilitando a eficácia das intervenções. Cada consulta realizada pela enfermeira residente é discutida, em um segundo momento, com a equipe médica, quando a troca de informações subsidia as intervenções.

11. Reuniões da equipe do projeto: a avaliação das atividades realizadas com cada família é realizada semanalmente em reunião

com a equipe envolvida, com discussão dos casos atendidos, metas e prazos das ações. É realizada dentro da UTIN e toda a equipe é convidada a participar. O trabalho multidisciplinar pressupõe uma conexão entre distintos saberes e intervenções, com ações de complementaridade e interdependência dos diferentes profissionais que podem diminuir as sequelas e as disfunções neuropsicomotoras dessas crianças e melhorar as relações intrafamiliares⁽¹³⁾. Observa-se, nessa interação, a riqueza da complementaridade das distintas atuações para oferecer uma assistência integral aos bebês e suas famílias.

Atualmente, o projeto tem 309 crianças cadastradas e suas famílias. Os dados analisados da atuação nas diferentes etapas do projeto, contidos em um banco de dados com o registro dos atendimentos realizados, demonstraram que a maioria dos pais tinha entre 21 e 35 anos (57,6% das mães e 70% dos pais), sendo que 30,6% das mães eram adolescentes (idade < 20 anos); mais de 60% dos pais tinham escolaridade igual ou superior a oito anos. A renda familiar era inferior a 600 reais em 34,5% da população atendida.

Em relação ao bebê, 43% tinham idade gestacional inferior a 30 semanas ao nascimento e 66% tiveram tempo de internação de 30 a 60 dias.

Em relação às visitas domiciliares, 83,7% das famílias receberam visita antes da alta hospitalar

e 86,0%, após a alta. A maioria dos problemas na visitas pré-alta relacionava-se com as condições do domicílio e do ambiente (40,5%) e, entre estes, 40,8% indicavam precárias condições de moradia. Nas visitas pós-alta, 46,3% dos problemas referiam-se aos cuidados ao bebê e 25,0% à alimentação.

Observou-se, também, que 88,9% dos bebês estavam sendo amamentados no momento da alta hospitalar, e o aleitamento materno exclusivo (AME) no momento da alta hospitalar correspondia a 50%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências vividas no projeto confirmam a necessidade de ampliar a assistência, com vista a oferecer suporte à família por meio de um novo olhar sobre o acompanhamento desses bebês e famílias nessa situação conflitante, estabelecendo vínculos duradouros e uma relação de confiança mútua entre profissionais e famílias. Por meio da atuação no projeto, acreditamos poder contribuir não somente para a redução da morbimortalidade dessas crianças, mas também para minimizar o sofrimento e amparar o enfrentamento desse processo. Famílias mais saudáveis e seguras estarão mais aptas a cuidar de seus bebês se receber o apoio adequado da equipe profissional da saúde.

A NETWORK OF SUPPORT TO THE FAMILY OF THE PREMATURE BABY

ABSTRACT

The present study refers to the trial of a project of total care to premature babies and their families since its implementation. The theoretical referential was Family-Centered Care, referred to by the Institute for Family-Center Care. The project includes hospital, clinic and home care, in the following steps: contact and support at birth; individual care at a weekly basis during hospitalization; meetings with groups of parents; training on how to look after a newborn baby for his or her discharge from the hospital; home visits before and after the aforementioned discharge; reference to the Family Care Unit and nursing consultations at a clinic. Since 2007, the project has 309 children and their families under follow-up. The experiences in the project have confirmed the need of a new look at the follow-up procedures of those babies and families under this conflicted situation. We believe, through our performance evidenced in the project, we can contribute for the reduction of morbimortality of those children and families by improving their quality of life.

Key words: Premature. Family. Comprehensive Health Care.

UNA RED DE APOYO A LA FAMILIA DEL PREMATURO

RESUMEN

Este estudio refiérese a la experiencia de un proyecto de atención integral al bebé prematuro y su familia desde hacia su implantación. El referencial teórico fue el Cuidado Centrado en la Familia, mencionado por lo Instituto del Cuidado Centrado en la Familia. La propuesta incluye atención hospitalar, ambulatorial y domiciliar, en las siguientes etapas: contacto y amparo el día del nacimiento, atención individual semanal durante la hospitalización; sesiones con grupos de padres; entrenamiento de cuidados con el recién-nacido para su alta;

visita domiciliar antes y después el alta hospitalar; referencia para la Unidad de Salud de la Familia y consultas de enfermería en el ambulatorio. Hoy día, el proyecto cuenta con 309 niños y su familias en acompañamiento. Las experiencias vividas en el proyecto confirman la necesidad de una nueva mirada hacia el acompañamiento de estos bebés y familias que enfrentan muchas situaciones de conflictos. A través de nuestra actuación en tal proyecto creemos poder contribuir para la reducción expresiva de la morbimortalidad de esos niños y su familias no desarrollo de una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Prematuro. Familia. Atención Integral de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Wong DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
2. Kenner C. Enfermagem neonatal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2001.
3. Casanova LD, Valle LMS, Santos WA. Humanização em unidades neonatais. In: Segre CAM. Perinatologia: fundamentos da prática. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 866-869.
4. Freitas M. Seguimento do recém-nascido de risco. In: Segre, CAM. Perinatologia: fundamentos da prática. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 873-880.
5. Griffin MS. Family-centered care in the NICU. J Perinat Neonat Nurs. 2006 jan-mar;20(1):98-102.
6. Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. [tese de livre docência]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo-Escola de Enfermagem; 2000.
7. Wiggins JB. A família na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In: Avery GB, Fletcher MA, McDonald MG. Neonatologia, fisiopatologia e tratamento do recém nascido. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 69-78.
8. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2001.
9. Scochi CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. Ciênc Cuid e Saúde. 2008 abr-jun;7(2):145-154.
10. Mok E, Leung SF. Nurses as providers of support for mothers of premature babies. J Clin Nurs. 2006 jun;15(6):726-34.
11. Griffin MS, Abraham MA. Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. J Perinat Neonat Nurs. 2006 jul-sep;20(3):243-9.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
13. Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004 maio-jun;12(3):469-76.

Endereço para correspondência: Talita Maria Bengozi. Antonio Godoy Rodrigues, 102, CEP 86192-775, Cambe, Paraná. E-mail: talitabengozi@yahoo.com.br

Data de recebimento: 25/08/2008

Data da aprovação: 08/01/2010