FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

ASPECTOS EMOCIONAIS DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UM ESTUDO QUALITATIVO

ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES NETO

RECIFE

2019

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

ASPECTOS EMOCIONAIS DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UM ESTUDO QUALITATIVO

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde.

Orientadora: Prof.ª Dra. Mônica Cristina Batista de Melo

Coorientador: Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Linha de pesquisa: Avaliação Psicológica e Promoção de Ações em Saúde

RECIFE

2019

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

M188a Magalhães Neto, Ery de Albuquerque

Aspectos emocionais das mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso em uma unidade de terapia intensiva neonatal: um estudo qualitativo. / Orientadora: Mônica Cristina Batista de Melo; co-orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa. – Recife: Do Autor, 2019.
114 f. il.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, 2019.

1. Sintomas emocionais. 2. Recém-nascidos. 3. Pré-termos de muito baixo peso I. Melo, Mônica Cristina Batista de. Orientadora. II. Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa. Co-orientador. III. Título.

CDU 159.9:612.648

Ery de Albuquerque Magalhães Neto

ASPECTOS EMOCIONAIS DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UM ESTUDO QUALITATIVO

Dissertação apresentada em 13/12/2019

Membros da Banca Examinadora:

_____

Profa. Dra. Mônica Cristina Batista de Melo

_____

Profa. Drª Juliana Monteiro Costa

_____

Profa. Drª Juliany Silveira Braglia Cesar Vieira

DEDICATÓRIA

À José, um dos homens mais bondosos que conheci. A Maria, uma mulher de fibra, que faz jus ao sentido sertanejo de luta. Aos dois, meus avós, que sempre acreditaram na *Dunamis* da educação, e a Jesus pelo seu apoio misericordioso.

AGRADECIMENTOS

Bem-aventurados os aflitos, pois que serão consolados, Jesus aponta a compensação que hão de ter os que sofrem e a **RESIGNAÇÃO** que leva o padecente a bendizer do sofrimento, como prelúdio da cura. (Evn. Seg. Espiritismo) Resignação pela oportunidade de questionar e pesquisar as coisas do mundo, pela sustentação frente aos desafios que se descortinavam ao longo da caminhada. **GRATO** a Jesus, que me ensinou que é na dor que conseguimos alcançar nossa melhor versão, e a quem muito é dado, muito será cobrado.

À minha família, que nos pequenos gestos tentava entender o sentido da minha busca pelo **CONHECIMENTO**, e que a partir disso, eu teria que abdicar de momentos importantes com eles. Por muitas vezes, ausente, mas, com a consciência que os adventos dessa busca incansável um dia iriam chegar.

Aos meus eternos amigos, os de perto, os de longe, que nos momentos de distração, exerceriam um dos mais importantes papeis, o da **RENOVAÇÃO** para seguir em frente.

Agradeço a Renata, por me proporcionar a calma e a tranquilidade nos dias turbulentos, uma virtude que todos os seres humanos deveriam ter é a **EMPATIA**, e assim, ela se punha no meu lugar nas diversas situações, arrumando uma maneira amorosa de solução, obrigado, e vamos brindar com uma taça de vinho.

Hugo, querido, por estar ao meu lado do pré-projeto à escrita do artigo, além de brilhantemente me ajudar com o produto desse projeto. A **SENSIBILIDADE** de um artista sempre vem nos dar calor humano e luz, nos momentos mais estressantes da vida, um sorriso, um abraço, nos aquece novamente e nos dar ânimo de continuar a jornada, e mostrar que a vida segue em formas helicoidais, mas, sempre avante.

Miguel, meu pequeno teimoso, que inconscientemente me apoiou de maneira imensurável, desejando que eu sempre voltasse para casa ao final de dias exaustivos. Com a **DESTREZA** de uma criança.

À Adriana, enfermeira cheia de afeto, que sempre com suas palavras incisivas me mostrava o melhor caminho a seguir, e sempre, esteve na linha de frente quando o assunto era vencer um **DESAFIO**. Juntos chegamos até aqui.

A minha turma, onde existiam pessoas extraordinárias, encontrá-las quinzenalmente era como estar numa grande terapia, com terapeutas diferente, cheias de métodos de análises comportamentais, EMDR, TCC. Que **FELICIDADE** compartilhar tanto conhecimento de saúde mental com vocês, muito obrigado.

Prof. Drº Leolpoldo Barbosa, muito obrigado pelos ensinamentos nesses dois anos de programa de mestrado, que conduziu a mim e a todos de forma **BRILHANTE**, frente a coordenação do programa Psicologia da Saúde, além, de ter me orientado nesse projeto, junto com a profa. Monica Melo. Jamais esquecei dos desafios burocráticos que a pesquisa com seres humanos impõe, mas que o senhor me conduziu tão bem, sou grato.

E por último, e não menos importante, minha orientadora, Prof.ª Drª Monica Melo, por me mostrar que devo **ACREDITAR** sempre na bondade e na boa vontade das pessoas, na qual, eu tinha perdido esse sentimento no meu caminho acadêmico. Professora, obrigado, pelos desafios, por me mostrar que não adianta conhecer todas as teorias, dominar todas as técnicas, mas "*ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana"* (Jung). Nunca esquecerei do quanto **APRENDI** com nossas conversas, e o quanto você acreditou nesse projeto logo de início, desde a seleção para esse programa de mestrado.

EPÍGRAFE

"Você me ensinou a coragem das estrelas, como a luz continua acessa eternamente, você explicou o infinito, o quão raro e belo é apenas o fato de existirmos. Tudo isso, visto de Saturno"

(Sleep at Last, 2016)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-nascido
MBP	Muito baixo peso
CDC	*Centers for Disease Control*
UTIN	Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal
UTI	Unidades de terapia intensiva
RNPT	Recém-nacido pré-termo
MS	Ministério da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
PNH	Política Nacional de Humanização

RESUMO

Introdução: O peso ao nascer é um significativo indicador da qualidade de vida das crianças e das suas mães. O muito baixo peso é considerado relevante no que se refere a taxa de mortalidade infantil e ao estresse materno e é apontado pela Organização Mundial de Saúde como o fator isolado mais importante. Os recém-nascidos com peso ao nascer igual ou inferior a 1.500g são denominados de MBP pelo *Centers for Disease Control* enquanto a OMS considera muito baixo peso a partir de 1.499g para menos. A experiência da internação de um bebê em Unidade de Terapia Intensiva neonatal para as mães é um momento difícil e pode resultar em uma crise emocional, pois coloca a mãe, diante de sentimentos de medo, impotência, limitações e situações que modificam o seu cotidiano e suas relações interpessoais e em alguns casos, sua saúde mental. **Objetivo**: Compreender as demandas emocionais de mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (MBP) internado em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal e sugerir um manual na forma de livro digital. **Método**: Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, participaram mães de recém-nascidos Pré-termos MBP internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de referência na cidade de Recife/PE. Para a coleta dos dados utilizou-se entrevista que foi gravada, transcrita e analisada de acordo com a Análise de Conteúdo Temática recomendada por Minayo. O número de participantes foi determinado utilizando o método de Saturação de Conteúdo. O presente estudo seguiu todos os cuidados éticos conforme regulamenta a CNS 510/16, foi aprovado pelo CEP do IMIP, CAAE 09098919.6.0000.5201. **Resultados: os resultados obtidos no presente estudo resultaram em** dois produtos: **O primeiro,** apresentado na forma de artigo, será encaminhado a revista Psicologia em Estudo e o **segundo,** no formato de livro digital, um manual com recomendações para a equipe de profissionais que atua junto a essas crianças e suas respectivas mães reproduzido em forma de e-book. Participaram do estudo dez mães. No que se refere ao perfil das participantes, a maioria era proveniente, do Interior do Estado de Pernambuco. A média de idade foi de 27,3

a 32 anos. Todas as mães tiveram acompanhamento pré-natal conforme recomendado e preconizado pelo posto de saúde ou hospital onde estavam sendo acompanhadas. A renda familiar variou de um a dois salários mínimos em mais da metade das participantes. A maioria das mães relatou ser evangélica. No que se refere ao estado civil, seis eram casadas, quatro solteiras e uma separada. O peso ao nascer do recém-nascido pré-termo, variou entre 650g à 1449g. Através da análise das entrevistas foi possível identificar cinco temáticas: Sentimento e emoções vividas durante a gestação e após o nascimento; Vivência Emocional após o nascimento; Reação emocional frente ao filho na UTI e Informação sobre o tratamento do filho; Pensamento relacionados ao Filho e Vivência como acompanhante na UTI; Apoio da Família. Através do conteúdo das temáticas foi possível concluir que o fato da mãe dar à luz a um bebê que necessita de atenções especiais, as fazem se sentirem em alguns momentos desamparadas do ponto de vista emocional. **Discussão:** alguns aspectos se destacaram ao longo dos resultados encontrados, um deles consiste no fato de todas as mães apesar de terem realizado pré-natal, foram surpreendidas pelo evento da prematuridade dos filhos. Observou-se também que apesar de o recém-nascido Pré-termo ter sido entendido como o principal agente estressor vivenciado pelas mães, a oportunidade de estar ao lado dos seus bebês foi o fator mais importante para a amenização de possíveis sintomas de desorganização emocional nas mães. Outros resultados foram identificados tais como o sentimento de esperança das mães, a presença da espiritualidade. Quanto ao papel da equipe multidisciplinar, é importante promover a qualidade da assistência e ter o entendimento das situações emocionais das mães no intensão de minimizar os riscos de estresses, depressão, ansiedade e pensamentos negativos diante da condição especial na qual elas se encontram tornando assim parte integrativas das ações humanizadas. Esses dados ilustram achados encontrados na literatura. **Conclusão:** Foram identificadas falas que expressavam, aflição, estresse, angústia, ansiedade, apreensão, inquietação, medo, nervosismo. Falas que se referiam a esperança, amor e fé também foram identificadas. As reações de enfrentamento foram peculiares a cada

mãe, pois perpassavam a história de vida de cada uma, pelo significado do seu filho em suas vidas, pelos projetos pessoais e familiares.

Palavras-chave: Sintomas emocionais; recém-nascidos; pré-termos de muito baixo peso, Cuidados neonatais;

ABSTRACT

Introduction: Birth weight is a significant indicator of the quality of life of children and their mothers. Very low weight is considered relevant about infant mortality rate and maternal stress and is considered by the World Health Organization as the single most important factor. Newborns weighing 1,500g or less at birth are referred to as MBP by the Centers for Disease Control while WHO considers very low birth weight from 1,499g or less. The experience of hospitalizing a baby in a neonatal intensive care unit for mothers is a difficult time and can result in an emotional crisis, as it puts the mother in the face of feelings of fear, helplessness, limitations and situations that change her daily life. your interpersonal relationships and in some cases your mental health. **Objective:** To understand the emotional demands of mothers of very low birth weight preterm infants admitted to Neonatal Intensive Care Units and to suggest a manual in the form of a digital book. **Method:** A qualitative research was carried out. Mothers of newborn preterm infants admitted to a neonatal intensive care unit of a referral hospital in the city of Recife / PE participated in the study. For data collection we used interviews that were recorded, transcribed and analyzed according to the Thematic Content Analysis recommended by Minayo. The number of participants was determined using the Content Saturation method. The present study followed all ethical precautions according to CNS 510/16 and was approved by IMIP CEP, CAAE 09098919.6.0000.5201. **Results:** The results obtained in the present study resulted in two products: The first, presented in the form of an article, will be sent to the journal Psychology in Study and the second, in digital book format, a manual with recommendations for the team of professionals who work with these children and their respective mothers reproduced in e-book form. Ten mothers participated in the study. Regarding the profile of the participants, most came from the country town of the state of Pernambuco. The average age was 27.3 to 32 years. All mothers had prenatal care as recommended and recommended

by the health center or hospital where they were being followed. Family income ranged from one to two minimum wages in more than half of the participants. Most mothers reported being evangelical. Regarding marital status, six were married, four single and one separated. Birth weight of preterm newborns ranged from 650g to 1449g. Through the analysis of the interviews it was possible to identify five themes: Feeling and emotions experienced during pregnancy and after bird; Emotional experience after birth; Emotional reaction to the child in the ICU and information about the child's treatment; Son-related thinking and experience as an ICU companion; Family support. Through the content of the themes it was possible to conclude that the fact that the mother gives birth to a baby who needs special attention makes them feel at times emotionally helpless. **Discussion:** Some aspects stood out throughout the results, one of them being the fact that all mothers, despite having performed prenatal care, were surprised by the event of prematurity of their children. It was also observed that although the preterm newborn was understood as the main stressor experienced by mothers, the opportunity to be next to their babies was the most important factor to alleviate possible symptoms of emotional disorganization in the mothers. Mothers Other results were identified such as the mothers' feeling of hope, the presence of spirituality. Regarding the role of the multidisciplinary team, it is important to promote the quality of care and have an understanding of the emotional situations of mothers in order to minimize the risks of stress, depression, anxiety and negative thoughts in view of the special condition in which they are thus becoming part. integrating humanized actions. These data illustrate findings found in the literature. **Conclusion:** The present study is an exploratory research with a qualitative approach, it is necessary to consider its limitations regarding the number of participants and considering the importance of the findings, further studies including a quantitative approach and / or a combined approach to amplification are suggested. knowledge about the subject.

Keywords: Emotional aspects; Neonatal intensive care; Prematurely new-born with severe low birth weight

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....14
II. OBJETIVOS.....22
2.1 Objetivo Geral.....22
2.2 Objetivos Específicos.....22
III. MÉTODO.....23
Desenho de estudo.....23
Local do estudo.....24
Período de estudo.....24
População do estudo.....25
Amostragem.....25
Critérios e Procedimentos para seleção dos participantes.....25
Critérios de Inclusão.....25
Critérios de Exclusão.....25
Coleta de dados.....25
Fluxograma de Capatação e acompanhamento dos participantes.....26
Procedimento de Captação dos Participantes.....27
Instrumento de coleta de dados.....27
Processamento e análise de dados.....27
Conflito de interesses.....28
IV. RESULTADOS.....29
V. PRODUTO EDUCACIONAL.....55
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....87
REFERÊNCIAS.....89
APÊNDICES.....98
APÊNDICE I – TCLE 98
APÊNDICE II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....103
ANEXOS.....105
ANEXO I – CARTA DE ANUÊNCIA.....105
ANEXO II – REGRAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO.....106
ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

I. INTRODUÇÃO

Prematuridade e Baixo Peso

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como pré-termo toda criança nascida antes de 37 semanas [1] e inclui todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual. A incidência desses bebes é variável e depende de características populacionais.[2] Sendo assim, todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias) é considerado recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. [1] Há evidências de uma forte associação entre o baixo peso ao nascer e a morbimortalidade neonatal e infantil,[3,6] levando a OMS a identificá-lo como o fator isolado mais importante na sobrevivência infantil.[7]

O peso ao nascer é um dos mais significativos indicadores da qualidade de vida da criança,[10] sendo o muito baixo peso considerado relevante na taxa de mortalidade infantil, o que levou a OMS a identificá-lo como fator isolado mais importante.[1] Os recém-nascidos pré-termos com peso ao nascer igual ou inferior a 1.500g são denominados de muito baixo peso (MBP) pelo *Centers for Disease Control* (CDC) dos Estados Unidos, enquanto a OMS considera peso menor que 1.500g (até 1.499g).[2]

De acordo com as informações publicadas pelo Ministério da Saúde (MS), os nascimentos pré-termos na população brasileira têm se mantido constante nos últimos anos, com média de 6,6%, sendo variado entre os estados, podendo atingir taxas de até 9% e com tendência à elevação em algumas metrópoles.[8] Porem, há de se considerar que, com os avanços da tecnologia aplicada à assistência neonatal, houve um aumento da sobrevida de recém-nascidos pré-termos cada vez menores, com peso entre 500 e 700g, considerados inviáveis.[9] Esta situação tem sido denominada de “paradoxo perinatal brasileiro”, em que há intensa medicalização do parto e nascimento pré-termo com manutenção de taxas elevadas de morbi-mortalidade materna e perinatal, possivelmente relacionadas à baixa qualidade da

assistência e utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas, que podem repercutir sobre os resultados perinatais[57]. Neste contexto, a taxa elevada de cesariana do Brasil é um dos exemplos de maior destaque, chegando a 53,7% dos nascimentos em 2011.[57,59]

O parto pré-termo e o retardo do crescimento intrauterino são dois processos básicos que isolados ou associados, fazem com que uma criança apresente muito baixo peso ao nascer.[12,13] Estudo de análise sistemática da prevalência de nascidos pré-termos em 184 países no ano de 2010 estimou o nascimento de aproximadamente 14,9 milhões de recém-nascidos pré-termos, o que representa 11,1% dos nascidos vivos em todo o mundo, variando de cerca de 5% em vários países europeus a 18% em alguns países africanos. Do total de nascimentos pré-termos, mais da metade (60,0%) ocorreu no sul da Ásia e na África Subsaariana onde 52% dos nascidos no mundo ocorrem.

O nascimento prematuro também afeta os países ricos, por exemplo, os EUA têm altas taxas e é um dos dez países com maior número de nascimentos prematuros. Dos 65 países com tendência temporal estimada, apenas três (Croácia, Equador e Estônia) reduziram as taxas de nascimentos prematuros entre 1990 e 2010. [14] Foram avaliadas várias fontes de dados de acordo com critérios de inclusão pré-especificados como nascimento pré-termo. Registros nacionais (563 pontos de dados, 51 países), pesquisas em saúde reprodutiva (13 pontos de dados, oito países) e estudos identificados através de pesquisas sistemáticas e dados não publicados (162 pontos de dados, 40 países) foram incluídos. 55 países apresentaram dados adicionais durante o processo de consulta de países da OMS. [12]

Para 13 países com qualidade e quantidade de dados adequados, estimamos taxas de nascimentos pré-termo usando regressão em nível de país para 2010. Para 171 países, dois modelos estatísticos regionais multiníveis foram desenvolvidos para estimar taxas de nascimentos para 2010. Estimou tendências temporais a partir de 1990 até 2010 para 65

países com dados confiáveis sobre tendências de tempo e mais de 10.000 nascidos vivos por ano. Calculado intervalos de incerteza para todos os países.[12,13]

Até 2012, o Brasil não dispunha de informação nacional sobre a taxa dos nascidos pré-termos, pois o Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos não apresentava dados confiáveis a respeito desse indicador. Resultados da "*Pesquisa Nascer no Brasil*" da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) mostraram prevalência de 11,5%; entretanto, desconhecia-se a relação entre as intervenções obstétricas no parto - especificamente as cesarianas e seus efeitos na taxa dos nascidos pré-termos no país, tampouco os impactos no comportamento temporal desse indicador.[56] O estudo demonstra que taxa de nascimento prematuro foi de 11,5% com 95% de confiança, que detalha que 60,7% foi de partos espontâneo ou ruptura prematura de membranas e 39,3% iniciada pela mãe. [57]

A determinação desses processos abrange um conjunto de fatores, dentre os quais destacam-se a situação socioeconômica, a idade materna, o baixo peso materno no início da gravidez, o tabagismo, a instabilidade emocional durante a gestação e a deficiência na assistência pré-natal.[12,13,15] Em relação ao recém-nascido, vários fatores de risco concorrem para a condição de MBP ao nascer, como idade materna, as alterações placentárias e a gemelaridade.[13;15]

Complicações e Cuidados neonatais

Gravidez na adolescência, especialmente na adolescência precoce (menores de 15 anos), requer especial atenção para possíveis consequências prejudiciais à saúde materna e fetal. Estão relacionados à gravidez precoce, os riscos aumentados ao recém-nascido de baixo peso ao nascer, deficiências de micronutrientes e restrição do crescimento intrauterino, levando a alterações na evolução dessa gestação e no crescimento fetal, o que pode resultar também em parto pré-termo, ou seja, com menos de 37 semanas de gestação.[15-59] A placenta é um órgão fetal responsável pela nutrição, trocas gasosas e eliminação de excretas fetais.

Seu bom funcionamento é fundamental para o adequado desenvolvimento do concepto, enquanto suas lesões podem ser a causa de intercorrências fetais, ocasionando assim, o nascimento pré-termo, as duas condições mais relatadas são placenta prévia e descolamento prematuro[15]. Outro fator para essa condição é a gestações de gemelares mais suscetíveis ao nascimento pré-termo de MBP, por causa da restrição de crescimento intrauterino e intercorrências neonatais. Estas intercorrências são causas importantes de alterações neurológicas neonatais, devido ao tempo de maturação do feto, que também podem ser atribuídas a alterações hemodinâmicas após a morte de um dos fetos.[13-59]

Avanços tecnológicos na assistência aos recém-nascidos de alto risco têm possibilitado maior sobrevida desses recém-nascidos de MBP, às custas do elevado tempo de permanência em unidades de terapia intensiva neonatal. Contudo, os procedimentos invasivos a que são submetidos e o tempo de internação prolongado associam-se ao maior risco de adquirir complicações que contribuem para o aumento da mortalidade em unidades neonatais.[11-13, 15]

O RN pré-termo aumenta o risco de adaptação à vida extrauterina, decorrente, sobretudo, da imaturidade anatomofisiológica. Pode apresentar uma série de complicações após o nascimento, e, muitas vezes associado ao seu pré-termo encontra-se o RN pré-termo com baixo peso, acentuando ainda mais os riscos de morbidade e mortalidade infantil.[16] A morbimortalidade está diretamente relacionada aos distúrbios respiratórios e às complicações infecciosas e neurológicas, devido ao pouco tempo de maturação intrauterina, o sistema respiratório e neurológicos, continuam maturando pós nascimento, essa fase significa a continuidade do processo de crescimento e desenvolvimento neonatal.[15,16]

Entre as complicações associadas ao MBP destacam-se as infecções neonatais, a síndrome do desconforto respiratório, a anóxia perinatal, a hemorragia peri-intraventricular, o distúrbio metabólico, a enterocolite necrosante e no RN pré-termo a persistência do canal

arterial,[16-20] é considerada a infecção hospitalar com complicação mais frequente em unidades neonatais, sobretudo entre os recém-nascidos de MBP.[21-25]

O nascimento pré-termo de um filho configura-se como evento estressante para a mãe, a qual se depara com uma situação imprevisível e estressante. Devido as condições de instabilidade orgânica do nascido pré-termo de muito baixo peso e à necessidade de cuidados multidisciplinar especializado oferecidos em UTIN, a mãe passa a experienciar a separação do bebê pré-termo e a incerteza sobre sua evolução clínica e sobrevivência do recém-nascido.[25] Além disso existe ainda a distorção da "imagem ideal" do bebê, criada pela família, em contraposição à imagem real do recém-nascido pré-termo de muito baixo peso, nesse sentido, a mãe deve reorganizar seu quadro imaginário a fim de ajustá-lo à imagem de um bebê muito pequenino e frágil.[5]

Neste contexto, níveis de ansiedade e sentimento de tristeza e melancolia podem ser exacerbados nas mães diante dessa situação de conflito e estresse. Em um estudo realizado com mães de recém-nascidos hospitalizados na UTIN, com objetivo de identificar sintomas em nível clínico de ansiedade, disforia e depressão nessas mães de RN pré-termo, comparando dois momentos, durante e após a hospitalização do bebê em UTIN. Com resultado observado, altos níveis de ansiedade, depressão e hostilidade, revelando problemas de ajustamento psicossocial por parte das mães.[6]

São comuns nas mães sentimento de culpa e impotência, percepção de que o vínculo mãe-bebê estava afetado, o que gerava tristeza e solidão. Mães de recém-nascidos pré-termos também referiram a percepção de seu bebê como pequeno e disforme, temendo sua fragilidade, assim como referiram dificuldades de comunicação com o sistema de saúde. A experiência traz também, muitas vezes, a presença de sintomas de estresse pós-traumático e a sensação de maior dificuldade de interação com seu filho. Apontamentos que as mães de recém-nascidos a termo são mais propensas a seguir um padrão interativo mais cooperativo. O nascimento do RN pré-termo configura-se em uma situação de "crise psicológica" na mãe,

a qual passa a enfrentar uma situação não idealizada, geradora de sentimento de impotência e de estresse. O RN pré-termo de muito baixo peso requer a internação em UTI-Neonatal, fator este que interfere negativamente no estabelecimento do vínculo mãe-bebê.[9,26]

Mães de bebês pré-termo que não receberam suporte de profissionais da saúde mental adequado, e experimentaram eventos estressores durante a gravidez apresentaram maior fragilidade psicológica, dificuldade para exercer a "maternagem" e estabelecer um padrão de interação adequado com o filho. Além disso, as mães de recém-nascidos pré-termo experimentam precocemente preocupação excessiva com relação à sobrevivência do bebê e sua saúde. O filho pré-termo, por sua vez, apresenta-se pouco responsivo aos estímulos visuais e auditivos, influenciando no estabelecimento do vínculo mãe-bebê. Nesse sentido, a criança é vulnerável e as mães estão fragilizadas para o enfrentamento da tarefa de cuidar do filho, que muitas vezes é permeada por insegurança e superproteção.[27]

Humanização

O avanço dos recursos tecnológicos utilizados na UTIN e a implantação da assistência humanizada têm proporcionado grandes benefícios para a prática clínica. Atualmente, a UTIN é um dos setores de maior especialização de cuidado aos recém-nascidos dentro das instituições de saúde. Neste espaço restrito há uma concentração de diversos profissionais, diferentes tecnologias e múltiplos saberes. A assistência oferecida aos neonatos está orientada para o diagnóstico e para a terapêutica na busca da recuperação biológica dos pré-termos ou da cura das patologias associadas.[35]

Assim, a humanização, definida como o resgate do respeito à vida humana, que abarca as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais, devem fazer parte da filosofia das equipes de saúde. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, deverá conduzir as ações da equipe multidisciplinar, tornando-a capaz de construir uma

realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que vivenciam a internação na UTI.[36]

Pouco se relata que a atenção humanizada ao recém-nascido pré-termo de muito baixo peso caminha em direção à superação da clássica fragmentação entre ações de humanização e ações assistenciais, portanto a humanização também deve ser estendida ao profissional através de ações que envolvam seu processo de trabalho. Nesse sentido, encontra-se apoio na Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS) proposta a partir de 2003 (MS, 2004). Assumir que, muito mais que um mero "programa", a humanização deve ser eixo articulador de todas as práticas em saúde como tarefa imprescindível para gestores e trabalhadores nas diferentes esferas do sistema de saúde[36].

Equipe Multidisciplinar

Os trabalhadores da saúde devem atuar com foco na integralidade, compreendendo que a mãe do recém-nascido pré-termo de muito baixo peso possui necessidades que extrapolam os limites do biológico, social e psicológico, ganhando contornos espirituais e sentimentais. Assim, recursos desta ordem devem ser estimulados nos espaços da saúde na perspectiva de contribuir para a dinâmica do trabalho cotidiano e para a potencialização das relações estabelecidas nestes contextos.[37]

Diante do ambiente frio e hostil da UTI, a inclusão da família no cuidado à criança exige que os profissionais estejam abertos e atentos às interações e ao impacto das vivências e conheçam dinâmicas e formas diversas de adaptação. A união da tecnologia ao do cuidado humanizado transforma um lugar de dor e sofrimento num ambiente capaz de inspirar esperança em um futuro no qual o bebê e suas mães tenham uma vida generosa. Compreender as condições da criança e das mães não é suficiente. Torna-se necessário buscar a superação das adversidades decorrentes do processo de doença e hospitalização.[38, 39]

Indica-se o importante papel do profissional como mediador das relações de vínculo entre mães e bebês. Assim, jornadas extensas e desgastantes dos profissionais da área de sáude podem acarretar dificuldades na atenção das necessidades mais sutis do bebê e (inter) subjetivas de sua mãe. Entretanto, os profissionais também têm limites a serem negociados. Sentem-se desconfortáveis na presença das mães quando precisam fazer procedimentos mais invasivos ou em momentos críticos. Essa realidade sugere a ampliação do conhecimento dessa realidade por parte dos profissionais cuja atuação vai além de procedimentos clínicos, necessitam assim, do entendimento da demanda emocional envolvida no processo recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso.[40] Diante do acima exposto, o presente estudo pretendeu compreender as demandas emocionais de mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso internado em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Compreender as demandas emocionais de mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso internado em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal.

2.2 Objetivos Específicos:

- Descrever as características sociodemográficas das mães de recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso.
- Identificar os fatores emocionais vivenciados pelas mães de recém-nascido pré-termo de muito baixo peso.
- Elaborar um livro com recomendações aos profissionais da equipe multidisciplinar que cuidam do recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso internado em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal na forma de produto educacional, e-book, para distribuição em redes sociais.

III. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Realizou-se uma pesquisa qualitativa com mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso. A pesquisa qualitativa fornece uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais, apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social, visto que foca fenômenos complexos e/ou fenômenos únicos. Está menos preocupada com as generalizações e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão da experiência. [41]

Desta forma, a pesquisa antropológica ou qualitativa valoriza a compreensão dos processos e não apenas dos resultados, incluindo o que é singular num contexto histórico e social mais ampliado, pois os indivíduos e os grupos precisam sempre ser entendidos em seu meio, em sua história e em suas circunstâncias. Por isso, realizar pesquisa qualitativa é fazer um exercício empático, hermenêutico, consciente e autorreflexivo [41]

Acrescenta-se ainda que: havendo uma adaptação do pesquisador, a partir da ambientação e da aculturação, ao espaço do serviço de saúde onde ocorrerá a pesquisa, à rotina de trabalho, aos hábitos, à linguagem e à problemática vivenciada, poderá ser construído um *setting*, um ambiente delimitado para a realização das futuras entrevistas [(41).] Nesse sentido, o pesquisador utiliza-se de um local adequado e de postura aberta e receptiva para acolher tudo o que o interlocutor trouxer à luz no momento do encontro da entrevista.

O verbo principal da análise qualitativa é compreender, é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do entrevistado da referida pesquisa, que tem um

entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos [41.]

3.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A UTIN é um Centro de referência nos cuidados intensivos da criança nascida pré-termo, com alto índice de internamentos desse perfil populacional por ser também um centro referenciado na gestação de alto risco. Corresponde as expectativas das normas do ministério da saúde e ANVISA, através da publicação da portaria RDC 71/2009. Conta com profissionais da equipe multidisciplinar, para atender as principais demandas esperadas pelo nascimento pré-termo. A Unidade neonatal do IMIP foi pioneira no Brasil quando 1994 implantou o Método Canguru que serviu de modelo para o Ministério da Saúde que o tornou política pública disseminando o modelo nas maternidades brasileiras. Foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como o primeiro Centro de Referência Nacional. As atividades realizadas pelo IMIP na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) como pais com livre acesso podendo permanecer 24h na unidade, mãe participando dos cuidados com o filho, entrada dos avós (desde 1996), preocupação com o sono colocando paninhos sobre as incubadoras, rolinhos para melhor posicionamento dos bebês nas incubadoras, além de estimulação precoce, com o uso das redes terapêuticas, onde os bebês ficam suspensos em redes de tecido, um desenvolvimento neuropsicomotor adequado.

3.3. Período do estudo

O estudo foi realizado entre os meses de janeiro-2019 a outubro-2019.

3.4. População do estudo

Mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso que estivessem com seus filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

3.4.1. Amostragem

O número de participantes do estudo foi estabelecido seguindo critério de saturação de conteúdo que consiste no fato de o pesquisador só encerrar a coleta quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado mais relevante persistir na coleta de dados [41].

3.5. Critérios e Procedimentos para a seleção dos participantes

3.5.1. Critérios de Inclusão

- Mães que estivessem com seu filho recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso (igual ou menos que 1500g), internados no serviço de terapia intensiva neonatal do IMIP-PE no ano de 2019.

3.5.2. Critérios de Exclusão

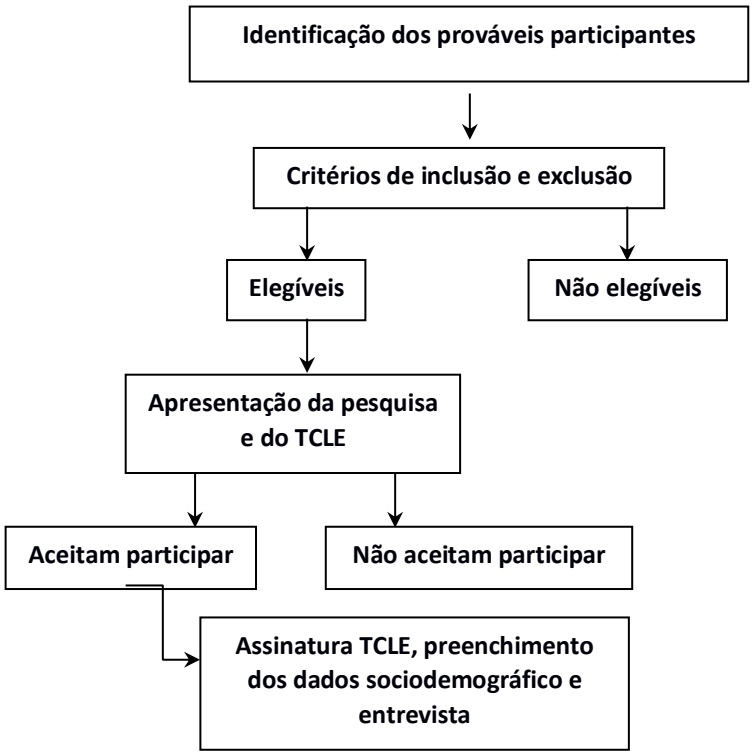
- Mãe recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso, menores de 18 anos de idade;
- Doença mental previamente diagnosticada, analisado prontuário;
- Mães auto referidas usuárias de drogas.

3.6. Procedimentos para a coleta de dados

As participantes foram identificadas a partir do prontuário do recém-nascido pré-termo pelo pesquisador com ajuda dos profissionais presentes na UTIN. Uma vez identificados os recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso, o pesquisador esperava a hora da ordenha do leito materno, pois, existia maior possibilidade de abordagens dessas mães, pós ordenha de acordo com recomendações da equipe e das próprias mães.

Na ocasião foram apresentados os objetivos do estudo, houve o convite a participar da pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) vide apêndice I, e também todos os esclarecimentos foram recapitulados inclusive quanto à liberdade para participarem ou não do estudo e de poderem desistir a qualquer momento e dos possíveis riscos e benefícios. As participantes que concordaram assinaram o TCLE.

3.7 Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes



3.7.1. Critérios para Descontinuação do Estudo

Não houve intercorrências que demandassem interrupção do estudo.

3.7.2 Instrumentos para a coleta de dados

Foi utilizada para coleta de dados uma entrevista contendo roteiro com perguntas disparadoras sobre o tema (Apêndice II). A pesquisa qualitativa visa privilegiar a fala dos atores sociais, pois permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio da linguagem, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. Em outras palavras, a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa, favorece o acesso

direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante. [42] Os dados foram audiogravados e, posteriormente, transcritos.

3.7.3 Procedimento de Captação dos Participantes

Após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) do Instituto de Medicina Integral Profº Fernando Figueira – IMIP inserido no anexo III, a identificação dos participantes aconteceu, inicialmente, pelo prontuário dos pacientes internados na UTIN do IMIP. Em um segundo momento, a atenção disponibilizada foi à identificação das mães dos recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso. A pesquisa seguiu todos os cuidados éticos conforme regulamenta o Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/16.

Após prévia autorização, todas as entrevistas das mães foram registradas e audiogravadas e, posteriormente, transcritas em sua integralidade. O material será arquivado pelo período de cinco anos sob responsabilidade do pesquisador, sem que ninguém mais tenha acesso, sendo assim descartados. Os dados somente serão usados para publicação em revistas científicas e apresentação em congressos sem que os participantes sejam identificados.

3.8 Processamento e análise dos dados

Após a transcrição, os dados analisados seguindo a Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo que consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática é realizada pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso [(40).]

A análise temática apresenta três etapas: *a*) *Pré-Análise*: etapa em que são retomados os objetivos e hipóteses iniciais da pesquisa e flexivelmente confrontados com o material coletado. Esta etapa pode ser decomposta a partir de três tarefas: leitura flutuante; a constituição do *corpus* a partir da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência do material coletado; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos; *b*) *Exploração do Material*: essa etapa consiste na operação de codificação. Buscam-se registros, recortes ou temas, estabelecem-se regras de contagem, e por último classifica-se e categoriza-se teoricamente; *c*) *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*: o pesquisador propõe inferências e lança possibilidades interpretativas e compreensivas à luz da literatura.

Transcritas as entrevistas, aproximações nos discursos foram evidenciadas. No sentido de iniciar a organização e compreensão do material coletado, os dados foram agrupados e categorizados.

5.9 Conflito de interesses

Não houve conflitos de interesses para a realização da presente pesquisa por parte do pesquisador responsável ou de seus colaboradores.

IV RESULTADOS

Nesta sessão, serão apresentados os resultados I e II.

Resultado I: na forma de artigo conforme as normas da revista: **Psicologia em Estudo, Maringá,** que segue (anexo II).

Resultado II: O produto educacional em forma de e-book.

Aspectos Emocionais das Mães de Recém-Nascidos Pré-Termo de Muito Baixo Peso

Emotional Aspects of Mothers of Prematurely New-Born With Severe Low Birth Weight

Aspectos Emocionales de Las Madres Recién Nuevas de Alto Peso

Título abreviado:

Aspectos Emocionais de Mães

Título abreviado em inglês:

Emotional Aspects of Mothers

Título abreviado em espanhol:

Aspectos Emocionales de Las Madres

Resumo

O peso ao nascer é um dos mais significativos indicadores da qualidade de vida da criança e das suas mães, sendo o muito baixo peso considerado relevante na taxa de mortalidade infantil, e estresse materno, o que levou a Organização Mundial de Saúde a identificá-lo como fator isolado mais importante. Objetivo compreender as demandas emocionais de mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (MBP) internado em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal. Pesquisa qualitativa com dez genitoras com filhos atendidos na unidade de terapia intensiva de um hospital de referência da cidade do Recife - PE. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas entre janeiro e julho de 2019, as quais foram analisadas utilizando análise de Conteúdo Temática segundo Minayo. Participaram 10 mães, com idade entre 19 e 36 anos. A delimitação da amostra baseou-se no critério de saturação de conteúdo. As categorias identificadas destacam que o fato da mãe dar à luz a um bebê que necessita de atenção especial, as faz se sentirem desamparadas porem se utilizam da esperança e da espiritualidade para se apoiar. A equipe pode ampliar a qualidade da assistência na medida em que entende as situações emocionais das mães e demonstra esse entendimento minimizando riscos de estresse, depressão, ansiedade e pensamentos negativos das mães. Além disso, estar ao lado dos bebês se mostrou como fator de amenização de possíveis sintomas de desorganização emocional.

Palavras-chave: Sintomas emocionais; Cuidados neonatais; Recém - nascidos pré-termos de muito baixo peso

Abstract

Birth weight is one of the most significant indicators of the quality of life of children and their mothers, and the very low weight considered relevant in the infant mortality rate and maternal stress, which led the World Health Organization to identify it. as the single most important factor. Objective: To understand the emotional demands of mothers of very low birth weight (MBP) preterm infants admitted to Neonatal Intensive Care Units. Qualitative research with ten mothers with children attended at the intensive care unit of a referral hospital in Recife - PE. Data collection was performed through interviews between January and July 2019, which were analyzed using Minayo Thematic Content analysis. Ten mothers participated, aged between 19 and 36 years. The delimitation of the sample was based on the content saturation criterion. The identified categories highlight that the fact that the mother gives birth to a baby who needs special attention makes them feel helpless but use hope and spirituality to support themselves. The team can increase the quality of care as it understands mothers' emotional situations and demonstrates this understanding by minimizing risks of stress, depression, anxiety, and negative thoughts from mothers. In addition, being next to the babies proved to be a mitigating factor for possible symptoms of emotional disorganization.

Keywords: Emotional aspects; Neonatal intensive care; Prematurely new-born with severe low birth weight

Resumen

El peso al nacer es uno de los indicadores más significativos de la calidad de vida del niño y sus madres, y el peso muy bajo considerado relevante en la tasa de mortalidad infantil, y el estrés materno, que llevó a la Organización Mundial de la Salud a identificarla como el factor aislado más importante. Objetivo, impreense las demandas emocionales de las madres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer (MBP) hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Investigación cualitativa con diez padres con

niños tratados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de referencia en la ciudad de Recife - PE. La recopilación de datos se realizó a través de entrevistas entre enero y julio de 2019, que se analizaron utilizando análisis temáticos de contenido según Minayo. Participaron doce madres, de entre 19 y 36 años. La delimitación de la muestra se basó en el criterio de saturación del contenido. Las categorías identificadas destacan que el hecho de que la madre dé a luz a un bebé que necesita atención especial, los hace sentir indefensos, pero utilizan la esperanza y la espiritualidad para mantenerse a sí mismas. El equipo puede ampliar la calidad de la atención en la medida en que entiende las situaciones emocionales de las madres y demuestra esta comprensión minimizando los riesgos de estrés, depresión, ansiedad y pensamientos negativos de las madres. Además, estar al lado de los bebés resultó ser un factor de ablandamiento de los posibles síntomas de desorganización emocional.

Palabras-clave: Síntomas emocionales; Cuidado neonatal; Recién nacidos de muy bajo peso rematuro

Introdução

Nascimento Pré-termo de muito baixo peso

O nascimento de um filho pré-termo de muito baixo peso é um evento não esperado na vida de uma mãe, podendo ultrapassar a capacidade de responder adequadamente à situação e provocar sintomas emocionais duradouros. A prematuridade se apresenta como uma desconstrução da maternagem desejada, colocando-a como um evento estressor, já que o bebê idealizado da gravidez não corresponde ao bebê pequeno e frágil e emagrecido da incubadora. (Marciano et al, 2017a)

Segundo Martinez et al. (2007), o peso ao nascer é um dos mais significativos indicadores da qualidade de vida da criança. Além disso, há evidências de uma forte associação entre o baixo peso ao nascer e a morbimortalidade neonatal e infantil (Blencowe et al., 2012; Linhares et al., 2000; Salge et al., 2009; Trindade et al., 2000), o que levou a OMS a identificá-lo como o fator isolado mais importante na sobrevivência infantil (Brasil, 2006; Puffer & Serrano, 1973).

O parto pré-termo e o retardo do crescimento intrauterino são os dois processos básicos que, isolados ou associados, fazem com que uma criança apresente MBP ao nascer (Sarinho et al., 2001; K. Z. Souza et al., 2002). Apresentando-se a esse delicado momento enfrentada pelas mães, o vínculo emocional frente ao bebê pode ser comprometido, o que pode gerar desordens no vínculo entre mãe-bebê. Assim, entender essas demandas podem melhorar a aproximação das mães com seu filho, contribuindo para a formação de um laço emocional e por conseguinte, amenizando assim, os possíveis riscos que a mãe porventura irá vivenciar. (Veronez, Marly at al. 2017a)

Cuidados Neonatais

O nascimento pré-termo de um filho configura-se em um evento estressante para a mãe, a qual se depara com uma situação imprevisível e ansiogênica. Devido às condições de instabilidade orgânica do nascido pré-termo de MBP e à necessidade de cuidados

multidisciplinares especializados oferecidos em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), a mãe passa a experienciar a separação do bebê e a incerteza sobre sua evolução clínica e sobrevivência (Stoll, Hansen, et al., 2002).

Na unidade de terapia intensiva neonatal, os profissionais da equipe de saúde assumem o papel de gestor do cuidado e da assistência ao recém-nascido pré-termo de muito baixo peso e desponta-se como estratégico para a oferta de uma atenção qualificada, humanizada e integral. A atenção deve ser respeitosa e protetiva às particularidades do RN. Isto implica à equipe multidisciplinar de UTIN, em explicitamente assumir também os cuidados com essas mães, com compromisso de contribuir com efeitos minimizadores de sintomas emocionais de forma integrada e colaborativa. (Marski, Farcio, et al. 2018a)

São comuns, nas mães, sentimento de culpa, impotência e a consciência de que esse vínculo mãe-bebê está afetado, o que gera tristeza e solidão (Correia, 2003). Mães de recém-nascidos pré-termos também referiram a percepção de seu bebê como pequeno e disforme, temendo sua fragilidade, assim como referiram dificuldades de comunicação com o sistema de saúde. Tal experiência muitas vezes traz também a presença de sintomas de estresse pós-traumático e a sensação de maior dificuldade de interação com seu filho. (Balbino et al. 2016)

Mães de bebês pré-termo que não receberam suporte profissional adequado na UTIN e experimentaram eventos estressores durante o internamento do seu bebê apresentaram maior fragilidade psicológica, dificuldade para exercer a "maternagem" e estabelecer um padrão de interação saudável com o filho. Além disso, as mães de recém-nascidos pré-termo experimentam precocemente preocupação excessiva com relação à saúde do bebê e sua sobrevivência. (Carvalho et al., 2001).

Humanização na equipe de saúde

No início do século XXI o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que resultou em 2003 com a criação

da Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS - sendo eixo norteador para as práticas de gestão e assistência, tendo como principal alicerce a participação e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos nos diversos processos de trabalho em saúde. (Sousa et al., 2019) Este, sim, deve conduzir as ações da equipe de saúde, tornando-a capaz de construir uma realidade mais humana, menos opressiva e hostil para as pessoas que vivenciam a internação na UTI (Lopes & Brito, 2009).

As políticas de atenção humanizada ainda são pouco difundidas na área da terapia intensiva neonatal. Existindo uma fragmentação entre ações de humanização e ações assistenciais. É processo que deve ser disseminado e, nesse sentido, os profissionais de saúde encontram apoio na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde proposta a partir de 2003 (MS, 2004). É tarefa imprescindível para gestores e trabalhadores nas diferentes esferas do sistema de saúde assumir que, muito mais que um "mero programa", a humanização deve ser o eixo articulador de todas as práticas em saúde (Lopes & Brito, 2009).

Equipe Multiprofissional

Os trabalhadores da saúde devem atuar com foco na integralidade, compreendendo que a mãe do recém-nascido pré-termo MBP possui necessidades que extrapolam os limites do biológico, social e psicológico, ganhando contornos espirituais e pessoais. Assim, recursos desta ordem devem ser promovidos nos espaços da saúde na perspectiva de contribuir para a dinâmica do trabalho cotidiano e para a potencialização das relações estabelecidas nestes cenários (Véras et al., 2010).

Sugere-se a ampliação do conhecimento dos sintomas emocionais por parte dos profissionais cuja atuação vai além de procedimentos clínicos. Necessitam, assim, do entendimento da demanda emocional envolvida no lidar com recém-nascidos pré-termos MBP (Cunha, 2000).

Objetivo da Pesquisa Compreender as demandas emocionais de mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (MBP) internado em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal- UTINs.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, com genitoras cujos bebês estavam internados na UTIN do setor de pediatria de um hospital da cidade do Recife – PE, referência nos cuidados neonatais e materno-infantil. A coleta de dados foi realizada por meio de roteiro de entrevista semi-estruturada no período de janeiro de 2019 a julho de 2019, as falas foram audio-gravadas, posteriormente transcritas para serem analisadas de acordo com o método da análise temática de conteúdo (Minayo, 2001). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres Humanos do IMIP vide CAAE09098919.6.0000.5201 e parecer de número: 3.257.248 e atendeu a todas as normas éticas preconizadas pela resolução do CNS 510/16.

Resultados e Discussão

Perfil dos Participantes

Participaram do estudo dez genitoras cujos bebês estavam internados na UTIN. A delimitação da amostra foi baseada no critério de saturação de conteúdo (Minayo 2001). A população do estudo foi proveniente, em sua grande maioria, do Interior do Estado de Pernambuco. A média de idade foi 27,3 anos, variando de 19 a 32 anos. Todas as mães tiveram acompanhamento pré-natal conforme recomendado e preconizado pelo posto de saúde ou hospital onde estavam sendo acompanhadas.

A renda familiar variou de um a dois salários mínimos em mais da metade da amostra, apenas uma mãe em que a relatou não ter renda alguma para sobrevivência, dispondo somente da ajuda do governo para pessoas de extrema pobreza. A maioria das

mães relatou ser evangélica. Três disseram ser católicas, duas sem religião e apenas uma relatou confiar em Deus como sua religião. No que se refere ao estado civil, seis eram casadas, quatro solteiras e uma separada. A variável de peso ao nascer do recém-nascido pré-termo, na qual a média variou entre 650g à 1449g. Para preservar a identidade das mães, foram atribuídos códigos iniciados pela letra M e seguidas de 1 a 10.

Categorias de Análise

Cinco categorias de análise que emergiram através das falas: 1) Sentimento e emoções vividas durante a gestação e após o nascimento; 2) Sentimentos e emoções das mães frente ao recém-nascido pré-termo no contexto da UTIN; 3) Informações da equipe multiprofissional sobre a saúde do recém-nascido; 4) Ser mãe acompanhante; no contexto da UTIN; 5) O papel da família durante o processo de hospitalização.

Sentimentos e emoções vividos durante a gestação e após o nascimento

De acordo com as falas das participantes foi possível observar que alguns sentimentos tais como preocupação, angústia, adoecimento físico, abandono familiar como é possível identificar nas seguintes falas:

> Foi um pouco pertubadazinha, muito aperreio (M07)
>
> Eu tinha pressão alta, mas fui tratada, mesmo assim minha pressão aumentou muito (M05)
>
> Muito complicada, eu fui deixada pela minha família inteira, e a minha mãe me deixou também, eu passei um mês de casa em casa, e tive que morar de favor para poder conseguir a minha própria casa (M09)

Sabe-se que existem correlações físicas e emocionais durante a gestação até após o parto de modo geral. Durante a gestação até o nascimento do seu filho, a mulher elabora um conjunto de expetativas relativas ao momento do parto. Estas, têm sido influenciadas pela percepção de que o parto se resume a uma intervenção de profissionais de saúde, à qual está

associada maior segurança tanto para mulher como para o bebê. (Pedreira, Marta, & Leal, Isabel. 2015). Este tipo de percepção dá primazia a extensão fisiológica em detrimento da dimensão biopsicossocial do parto, contribuindo para que a mulher tenha maior controle no processo, quando a gestação ocorre conforme esperado (Pedreira, 2015). No parto pré-termo decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais essa realidade afeta diretamente a estrutura emocional da mãe que vivencia riscos perinatais, alterando as expectativas e anseios que permeiam a gestação. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo da gestação até nascimento de um filho precocemente (Marcello, 2005). Constata-se que essa vivência das mães dos nascidos pré-termos de muito baixo peso a uma nova experiência de "maternagem", não convencional. A novas estruturas que compõem este cenário, podem incorporar essa singularidade das relações, contrariando a normalidade supostamente pertencentes à natureza da mãe, ao que é sustentado pelo fenômeno físico e social do sentido materno. A concepção de processos de subjetivação permite a desconstrução dessas perspectivas e o entendimento processual sobre maternidade (Lara & Kind, 2014).

O parto não sendo um acontecimento natural, implica vivenciar um conjunto complexo de sentimentos, que não se cingem ao acontecimento em si, mas que também englobam as expetativas sobre a vivência prévia ao parto como também em relação ao período de pós-parto (Figueiredo, 2000).

Entender a ação nesse processo complexo que envolve da gestação ao nascimento e os fatores que nele interferem é fundamental para qualificar os profissionais de saúde para um efetivo tratamento quando se trata do binômio mãe-filho, bem como para otimizar e racionalizar possíveis sintomas emocionais a essa mãe. Ramos e Cuman (2009) em seu estudo sobre riscos para a prematuridade comenta que em virtude do conhecimento dos fatores de risco associados ao ciclo gravídico e puerperal há possibilidade de direcionar e adotar medidas preventivas na saúde mental desse perfil de mães de forma adequada à

realidade que será enfrentada no contexto da terapia intensiva neonatal e riscos de vida. Portanto, a vivência emocional pós nascimento é de fundamental importância para um bom entendimento de todo o processo e ciclo analisado.

As mães têm a expectativa de ter uma gravidez e um bebê sadio, que possam pegar no colo, cuidar e levá-lo para casa após alguns dias (Costenaro & Martin, 2009).

Sentimentos e emoções das mães frente ao recém-nascido pré-termo no contexto da UTIN

A análise das entrevistas mostrou que as mães vivenciam sentimentos intensos diante da situação do seu filho estar internado em uma unidade de terapia intensiva neonatal, parecendo num primeiro momento o choque e o impacto com a notícia pois em geral as mães esperam filhos perfeitos e saudáveis. Como pode ser observado nas falas a seguir:

> Medo, desespero, uma sensação de impotência que você sente inicialmente. É você entender que não pode fazer muita coisa, aquela sensação de você querer fazer algo para tirar ele daqui, e ver que você não pode fazer além de esperar que tudo dê certo, foge do controle, assim, quando o bebê nasce no tamanho certinho, você amamenta, você cuida, você limpa, você dá banho e ali eu não podia tocar, não podia fazer muita coisa além de tirar o leite e dá para ele e torcer para que tudo desse certo. (M02)
>
> Desespero total, de ver ela pequenininha, com aquele negócio no nariz, mal mexia, eu entrava em desespero, entrei em prantos, só sabia chorar, eu tinha medo de perder. (M03)
>
> Eu fiquei em choque. Tive medo de não poder pegar, de não poder sentir o ‘calorzinho’ dela em mim (M06)
>
> Muito Medo, medo de que ela não aguentasse e não sobrevivesse (M08)

Como percepções iniciais identifica-se por meio dos relatos, as impressões afetivas das mães em relação aos seus filhos recém nascidos pré-termo de muito baixo peso, sentimentos de medo, frustação e desespero que são observados nas falas, para Gurmendez, sentir é receber impressões e sensações obscuras de seres ou coisas que nos desconcertam e isso é configurado como estado de ânimos" (Ramos & Cuman, 2009). Esses estados de ânimo e o humor de cada dia refletem como estamos ou sentimos. São sensações e impressões confusas, às vezes contraditórias. Concepções de reconhecer os seus filhos muito pequenos demais (no tocante do baixo peso ao nascimento), correlacionando resultados do simples fato de se ter contato com pessoas ou coisas, que causam estranheza e pavor.

Os autores ainda destacam que os contatos entre as pessoas criam estados de ânimo prazerosos ou tristes que se combinam para configurar os mais variados acontecimentos da vida cotidiana e são o modo originário dos sentimentos. Como pode ser observado na análise do estudo de Ramos (2009) quando mães referem sentir uma grande tristeza, uma dor que nunca sentiu ou a possibilidade de perder o seu filho (Ramos & Cuman, 2009).

A análise das falas mostrou que as mães vivenciam sentimentos intensos diante da observação do seu bebê recém-nascido com muito baixo peso na da terapia intensiva, aparecendo num primeiro momento o choque e o impacto com a notícia, a grande dor e o pavor da morte e principalmente do desconhecido. Podendo esses sentimentos serem observados como sintomas físicos.

Inúmeras perspectivas têm fundamentado os estudos sobre a relação mãe-bebê, assim, reconhecidas em consciência moral e acadêmica da relevância do vínculo materno-infantil para o envolvimento afetivo-emocional das mães. Uma construção saudável desse vínculo permeia uma relação ao longo de toda a vida dessa relação, segundo Maldonado (2002).

Observando os aspectos emocionais das mães em relação ao desenvolvimento desta relação mãe-bebê, as relações afetivas possuem grande destaque nas pesquisas realizadas

por autores que se dedicam ao estudo da díade emocional, comentam Klaus & Klaus (2000) em seus estudos na formação do apego.

Como podemos observar:

> Toda vez que eu vejo ele é como se fosse um chá de camomila para mim, mas quando eu estou longe dele é um tormento (M09)
>
> Todo dia é uma ansiedade, todo dia. Não tem um dia que a gente tá calma. Todo dia é um surto diferente (M05)
>
> "Meus pensamentos é que ele supere tudo e que a gente possa sair daqui e ele consiga desenvolver, chegar a acompanhar o desenvolvimento igual de outras crianças que não nasceu prematura e daí, só o melhor" (M02)

A fala de M02 destaca que formação do vínculo mãe-bebê é essencial na infância e sua importância é maior nessa idade do que nos períodos posteriores. A atitude emocional da mãe orienta o bebê, conferindo qualidade de vida à sua experiência e servindo como organizador da sua vida psíquica, por possibilitar identificações que poderão influenciar seu desenvolvimento posteriormente.

Por isso, o autor Carvalho (2017) traz que é necessário deixar que estas mães expressem seus medos para que assim possam aos poucos compreender e aceitar a nova condição frente a todos os novos obstáculos a serem vividos por essas mães. Mesmo considerando que os bebês estão em risco potencial, o sentimento de esperança e superação a situação é vivenciado por elas.

Winnicott (1998) em seus estudos relata que mães suficientemente boas possuem sensibilidade peculiar que a levam a poder sentir como se estivesse no lugar do bebê; E por esta via de regra, temos uma contrapartida perigosa, uma vez que ela responde às suas necessidades (do filho), que são inicialmente corporais e posteriormente, necessidades do ego. Sentimentos corporais que estarão em constante conflito, uma vez que observamos um perfil de crianças potencialmente com risco de morte e sucessivas intercorrências de vida,

devido sua fragilidade e incompetência biológica orgânica. Como está evidenciado nas falas a seguir:

> Hoje a dificuldade maior é esse sentimento, de saber que esses aparelhos que ela usa, tipo a ‘mascarazinha’ que ela tá, as coisas, a machucam, aí isso é onde me dói (M08).
>
> Porque assim, eu quero poder pegar ela, poder dar banho, dar aquele amor, e afeto de mãe, dar de mamar, porque uma mãe tem que realmente dar de mamar a uma criança, eu quero ter esse prazer, mas no momento não estou podendo (M10).

As falas abaixo nos fazem refletir sobre as possibilidades de fragilidade no vínculo, que por vezes, parece ser quebrado devido ao distanciamento físico entre mãe-bebê, como por exemplo, as barreiras apresentadas pela própria condição de internação na UTIN.

> Às vezes eu chego aqui e ela está respirando pelos aparelhos, aí tenho aquele choque” (M05).
>
> Não está sendo fácil não, todo dia ficar vendo ela ser furada, não é fácil (M01).
>
> Que angústia. Parecia que era em mim, aquela dor que ela estava sentindo era em mim. Eu pedi tanto para Deus colocar aquilo em mim e tirar dela. (M06).

Salienta-se que a mãe pode se sentir impotente em relação a situação que seu filho se encontra, e exigências instintivas começarem a dar gatilhos a um processo patológico emocional, e poderá ser perfeitamente malsucedida em jamais deixar que o bebê se sinta desamparado.

Uma vez a não promoção da saúde mental dessa mãe para prover suas necessidades egóicas com o novo momento em que ela encontra introjetada na unidade de terapia intensiva neonatal, com rotinas exaustivas, momentos de tensão morte-vida. Manter esse equilíbrio apesar das falhas do ambiente, a esse respeito, o acompanhamento da equipe de saúde frente a esse perfil, deverá ininterrupto, não somente por profissionais psicológicos,

mas a toda equipe multiprofissional deverá estar sensível a situação como essas. Captar o outro na sua multidimensionalidade significa percebê-lo. (Silva & Miranda, 2017)

Informações da equipe multiprofissional sobre a saúde do recém-nascido

Está inserido em um contexto onde as mães demandam atenção, informações e revelam sentimentos de medo e incertezas faz com que a equipe tente desenvolver estratégias que possam atender as expectativas materna porem essa atuação não é simples como é possível perceber nas falas a seguir:

> Ela teve uma apneia hoje pela manhã, a médica pediu para colocar de novo no oxigênio, é o que eu sei, mas nada muito grave, a não ser isso, essa dificuldade dela respirar [...] ela teve uma apneia", foi para "oxigênio", [...] As próprias médicas conversam comigo" (M06).
>
> A médica falou que ela tem um sopro no coração e uma bactéria na pele, mas está sendo tratada com medicamentos" (M05).
>
> Estou sento bem informada, a médica passa tudo numa tranquilidade muito grande para gente" (M02).

As narrativas acima são exemplos nos quais a mãe não somente é informada da intercorrência, como detalham com termos técnicos a intercorrência com a criança. Em um dos casos, além do conteúdo, o cuidado e a atenção do profissional em passar as informações técnicas pode refletir em tranquilidade para a mãe.

Esses pontos nos levam a refletir sobre o quanto a postura dos profissionais de saúde que cuidam de bebês em situação de risco devem estar atentos ao cuidado dispensado as mães e familiares. A comunicação torna-se processo importante para a relação entre equipe multidisciplinar, e mães. (Koch 2017, Viera 2018).

Essas falas corroboram com os achados do estudo de Cacique et al (2012) que avaliou o nível de satisfação e qualidade das informações em um hospital universitário e encontrou que os indicadores de uma boa comunicação foram efetivos apenas nas áreas da pediatria e

oncologia. Nesses setores, foi percebido que as mães eram constantemente informadas sobre o quadro clínico dos seus filhos, quais pensamentos e questionamentos a permeavam sobre seus filhos.

Sabe-se que a equipe de saúde não se depara apenas com mães e bebês que apresenta sinais e sintomas que necessitam de um protocolo de tratamento de atendimento. Muitas vezes é colocada frente a problemáticas de ordens biopsicossociais para as quais não se estar preparada, já que do atendimento emergem emoções, sentimentos e sofrimento também por parte do próprio cotidiano dos profissionais. O primeiro passo para uma boa relação entre a relação mãe-tratamento-equipe de saúde, sendo dessa maneira, devemos observar a percepção das mães sobre a comunicação interpessoal na unidade de terapia intensiva neonatal. (Vieira, André Guirland, & Waischunng, Cristiane Dias. 2018)

Kleinman (1986) em um estudo relata a linha tênue saúde-doença sempre vêm acompanhada de “perturbações” dos indivíduos na qual necessitam dessas informações sobre sua saúde, ou a saúde de indivíduos que participam dos seus ciclos sociais. Não obstante nas mães que encontram nas situações onde seus filhos corriam riscos de vida, como podemos observar no desenho das falas, expostas pela categoria.

Ser acompanhante no contexto da UTIN

A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto, já que a euforia e a depressão se alternam rapidamente, essa última podendo atingir, em muitos casos, grande intensidade, logo pensamentos sobre seus bebês pequenos e muitos frágeis são observados como é possível identificar nas falas a seguir:

> Meu bebê é um milagre, uma vitória, uma coisa boa, bom, resumindo é o amor da minha vida (M09)
>
> Meus pensamentos são os melhores, ele vai sair daqui logo, vou levar ele para casa (M05)
>
> Ela vai se recuperar logo, vai para casa, em nome de Jesus (M01)

O ambiente hospitalar por si, já é bastante hostil, e quando se trata do ambiente de terapia intensiva, os pensamentos são todos remetidos à morte, na unidade de terapia intensiva neonatal, apesar de sua importância para a manutenção da saúde do recém-nascido pré-termo de muito baixo peso, não apresenta concepção diferente, a remição a um ambiente de situações graves ainda está em associação na nossa sociedade.

Os primeiros dias, sucessivas semanas após o nascimento/internamento em unidade de terapia intensiva são carregados de emoções intensas e variadas. Medos, angústias e sensações exaustivas permeiam as rotinas dessas mães, com seus filhos pré-termo de muito baixo peso. As primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto, além de toda essa intensidade de informações acerca da saúde do seu filho, e das suas novas rotinas. A sensação de desconforto permanece lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho. Assim, compreende-se o quanto é complexo este momento para vida da mulher possibilitando inúmeros sentimentos ambivalentes, explica Maldonado (2002) na psicologia pós-parto.

A resiliência que observamos nas falas, é a arte de transitar em uma tempestade, onde o trauma – tempestade – conduz a mãe para um caminho inadequado para a sua saúde emocional e a resiliência, por sua vez, instrumentaliza a pessoa para lidar com tais situações e sair fortalecido delas. (Tópor, 2019)

Adaptações psicológicas são observadas nas mães, sendo possível compreender que a experiencia de ser mãe de uma criança pré-termo, com risco de vida é constituída por um processo cuja categoria central é a busca incansável para superar o sofrimento é impulsionada pela esperança. A partir desse componente se mantem o movimento emocional sofrimento-esperança, buscando ser forte, abrindo ampla dimensão para a possibilidade da melhora e da busca pela saúde curativa, superando o sofrimento impulsionado pela esperança. E esse momento é sempre avaliado e quantificado a partir do

acompanhamento dia-a-dia da evolução clínica do recém-nascido pré-termo. (Schneider, Amanda & Moreira, Mariana Calesso. 2017).

Faz-se necessário, portanto, remeter essa percepção a um ambiente de bem-estar, de conforto e zelo ao extremo a vida. Talvez, por ser um ambiente de baixas temperaturas, repletos de luzes, alarmes e sons constante, rotinas de todas as especialidades da saúde, o torne esse ambiente tão temido (Guirardello 2017). A unidade de terapia intensa neonatais além das ratinas hospitalares, temos a mãe, inserida nesse contexto, muitas vezes esse ambiente precisa ser mais confortável para os usuários, dessas percepções podemos observar:

> Por mais que você não queira pensar negativo, quando você vê acontecer algo acontecer com o bebê do lado do seu você fica angustiada, ai eu penso: Se aconteceu com aquele bebê poderia ser com meu, isso me preocupa (M07).
>
> Um clima muito pesado, um clima muito tenso, ver outras mães chorando porque seus filhos morreram, é um clima que você pode ter medo de que aconteça a mesma coisa, é medo, é desconforto, é uma coisa triste, eu só queria um lugar feliz, mas quem me trás essa felicidade é somente Deus, meu esposo e meu filho. Eu queria estar com eles em casa. (M09)
>
> É muito complicado acompanhar meu filho aqui na UTI, é uma situação estressante, envolve sentimento, aqui dentro as coisas não muito práticas como para um médico, por exemplo, ele vê a situação e resolve com praticidade, uma mãe vê e não consegue ter a mesma estabilidade emocional que um médico tem, por isso é tão difícil. (M04)

O estudo de 2009 de Reichert et al. corrobora com as falas, onde, é proposto um amplo debate sobre humanização entre profissionais de saúde dentro de serviços relacionados a terapia intensiva. Humanizar não é apenas uma questão técnica, ou algo objetivado, mas sim, um processo vivencial que transpõe toda a rotina dos profissionais de

saúde que fazem assistência direta ao doente crítico ou potencialmente crítico com risco de morte, procurando realizar e oferecer os tratamentos que os indivíduos e seus acompanhantes merecem, pela necessidade da empatia, dentro das circunstancias peculiares que se encontram aqueles pacientes/acompanhante em terapia intensiva (Lima, 2004).

O papel da família durante o papel o processo de hospitalização

A família é entendida como uma rede de relações que podem produzir tantos resultados positivos como negativos. No presente estudo, a família surge nas falas:

> Eu tenho outro filho e como moro muito longe, eles estão cuidando dele para mim. E tenho também um tio aqui nessa cidade, que ele sempre vem me visitar, sempre que dá alguém tá vindo me visitar, mas acompanhante não pode ter né? Por que já estou como acompanhante do meu filho, então a ajuda que eu tenho é a distância mesmo (M04)
>
> Assim, meus familiares, tipo meu pai e minha mãe, eles sempre "deixaram muito a desejar' e continuam até hoje, não mudou, mas pessoas que eu faço questão de estarem comigo, me dando apoio, me amparando, estão comigo, como sempre, que é meu marido e meu filho. Sobre meus pais, eu já aceitei a forma deles. (M08)

A partir da ideia de que a vida humana não acontece de forma isolada, mas inevitavelmente entrelaçada a sistemas e processos normativos que a constituem, julga-se importante destacar que, como totalidade integrada, é na família, primeira trama relacional de significância, que o sujeito encontra ancoragem para existir. Por sistema humano, Osório (2013, p 9) entende um "conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade, que exercem uma ação interativa e se influenciam reciprocamente em busca de um objetivo compartilhado". Assim, a família entendida como um sistema vivo e dinâmico que, passa por mudanças em seu status funcional que impactam mutuamente todo

o seu funcionamento e organização através de seus ciclos vitais de acontecimentos (Osório, 2013).

Observar-se que sempre existe um laço familiar, um apoio, uma representatividade familiar, mesmo ela não sendo positiva, como esperamos. A buscar desse entendimento, leva aos profissionais de saúde a terem mais amorosidade as questões emocionais envolvendo esse perfil de mães. (Leusin, Joanna & Callegaro 2018). Os mesmos autores relatam respeito à relação mãe-bebê, embora conclua que a situação emocional que é acompanhar um filho recém-nascido de muito baixo peso seja crítica e conflituosa entre os membros da família. O apoio, por sua vez, refere-se à existência de suporte material e emocional entre as pessoas da família, tendo que haver, coesão, respeito ao vínculo emocional, entre os membros da família (Teodoro et al., 2009).

Considerações Finais

Os resultados deste estudo indicaram que o nascimento pré-termos de muito baixo peso retrata um momento de aflição, de sintomas emocionais nas mães mesmo para aquelas que já sabiam da real possibilidade de nascimento pré-termo do bebê. Observou-se diversas reações das mães diante dessa situação da hospitalização do bebê e todo o processo de internação na UTIN como: o sentimento de superação do filho, de compreender o quadro clínico e a possibilidade de sobrevivência. Foram identificadas falas que expressavam, aflição, estresse, angústia, ansiedade, apreensão, inquietação, medo, nervosismo. Falas que se referiam a esperança, amor e fé também foram identificadas. As reações de enfrentamento foram peculiares a cada mãe, pois perpassavam a história de vida de cada uma, pelo significado do seu filho em suas vidas, pelos projetos pessoais e familiares. Diante dos resultados sugere-se que outros estudos aconteçam para que sejam ampliados os métodos de identificação desses sentimentos, inclusive através de questionários validados, para a identificação desses sintomas emocionais. A importância de levar ao conhecimento

da equipe multidisciplinar da UTIN sobre esses achados da pesquisa poderá resultar em novas ações da equipe no intensão de clarificar possíveis dúvidas que as mães apresentem. Além de proporcionar uma reflexão acerca da tarefa assistencial de toda a equipe de saúde, frente aos sintomas emocionais apresentados pelas mães desses prematuros.

Referências

Balbino, Flávia Simphronio, Balieiro, Maria Magda Ferreira Gomes, & Mandetta, Myriam Aparecida. (2016). Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24, e2753. Epub August 08, 2016.https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0710.2753

Brasil. (2010). *Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.* Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. http://tiny.cc/9qd2ez

Cacique, D. B., Bacha, A. M., Grassioto, O. R., Oliveira, H. C., Lima, M. T., & Fonsechi-Carvasan, G. A. (2012). A avaliação da satisfação de pacientes internadas em um hospital universitário especializado na saúde materno-infantil: questionários e resultados globais. *Rev Adm Saúde*, 14(57), 134-142. http://tiny.cc/oyd2ez

Carvalho, Ana Emilia Vita, Linhares, Maria Beatriz Martins, & Martinez, Francisco Eulógio. (2001). História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1.500 g). Psicologia: Reflexão e Crítica, 14(1), 1-33. https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722001000100002

Carvalho, Larissa da Silva, Pereira Conceição de Maria Contente. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. Rev. SBPH [Internet]. 2017 Dez [citado 2019 Nov 14] ; 20(2): 101-122. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200007&lng=pt.

Costenaro, R., & Martins, D. (1998). Qualidade de vida do recém-nascido internado em UTIas relações mãe-filho. *Cogitare Enfermagem*, 3(2). http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.44329

Cunha M. L. C. (2000). Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Rev Gaucha Enferm* [periódico on line]. 21 (nº esp): 70-83. https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4328

Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. In I. Soares (Ed.), Trajectórias (in)adaptadas de desenvolvimento (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto Editora.

Gurmendez C. (1994). *Sentimientos básicos de la vida humana*. Libertárias.

Guirardello, Edinêis de Brito. (2017). Impacto do ambiente de cuidados críticos no burnout , percepção da qualidade do cuidado e atitude de segurança da equipe de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25, e2884. Epub June 05, 2017.https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884

Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia and pain in modern China*. Yale University Press.

Lima, G. C. (2004). *Humanização em unidade de terapia intensiva pediátrica: discurso de enfermeiras*. [Especialização]. Centro de Ciências da Saúde, UFPB.

Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., Chimello, J. T., Martinez, F. E., & Jorge, S. M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 10(18), 60-69. https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2000000100006

Lopes, F. M., & Brito, E. S. (2009). Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(3), 283-291. https://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2009000300008

Marciano, Rafaela Paula. (2017). Representações maternas acerca do nascimento prematuro. Revista da SBPH, 20(1), 143-164. Recuperado em 04 de dezembro de 2019, de ttp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100009&lng=pt&tlng=pt.

Martínez, J. G., Fonseca, L. M. M., & Scochi, C. G. S. (2007). Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 239-246. https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200008

Marski, Bruna de Souza Lima, Facio, Beatriz Castanheira, Ichisato, Sueli Mutsumi Tsukuda, Barba, Patricia Carla de Souza Della, & Wernet, Monika. (2018). Cuidado Desenvolvimental: assistência de enfermeiros de Unidade de Terapia

Intensiva Neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(Supl. 6), 2758-2766. https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0912

Pedreira, Marta, & Leal, Isabel. (2015). Terceiro trimestre de gravidez: expectativas e emoções sobre o parto. Psicologia, Saúde & Doenças, 16(2), 254-266. https://dx.doi.org/10.15309/15psd160210

Puffer, R. R., Serrano, C. V. (1973). *Patterns of mortality in childhood.* Pan American Heath Organization.

Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. (2017) Diverse meanings of comprehensiveness: between the presupposed and the experienced in a multi-disciplinary team. Interface (Botucatu). 21(62):589-99.

Trindade C. E. P., Corrales, C. M., Bentlin, M. R., & Rugolo Júnior, A. (2000). Morbi-mortalidade de recém-nascidos de pré-termo de muito baixo peso da faculdade de medicina de Botucatu-UNESP. Comparação entre os períodos de 1990-1993 e 1994-1997. Apresentado no Congresso Brasileiro de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente, Congresso Brasileiro Sobre o Ensino em Pediatria.

Tópor, José Carlos Santos; HUTZ, Claudio S.. Psicologia Positiva e o Constructo da Resiliência: uma Revisão Bibliográfica. Psicologado. (Edição 05/2019). Disponível em < https://psicologado.com.br/abordagens/psicologia-positiva/psicologia-positiva-e-o-constructo-da-resiliencia-uma-revisao-bibliografica >. Acesso em 5 Dez 2019.

Véras, R. M., Vieira, J. M. F., & Morais, F. R. R. (2010). A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. Psicologia em Estudo, 15(2), 325-332. https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000200011

Veronez, Marly, Borghesan, Nataly Alves Barbosa, Corrêa, Darci Aparecida Martins, & Higarashi, Ieda Harumi. (2017). Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. Revista Gaúcha de Enfermagem, 38(2), e60911. Epub July 20, 2017.https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911

Vieira, André Guirland, & Waischunng, Cristiane Dias. (2018). A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao

paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. Revista da SBPH, 21(1), 132-153. Recuperado em 05 de dezembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100008&lng=pt&tlng=.

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES NETO

MÔNICA CRISTINA BATISTA DE MELO PEDROSA

LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA

E-BOOK PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM TEMÁTICA CENTRAL A SAÚDE MENTAL E SUA INTERDISCIPLINARIEDADE:
TEMA: COMO INDENTIFICAR SINTOMAS EMOCIONAIS DE MÃES DE NASCIDOS PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO, NA VISÃO MULTIDISCIPLINAR

RECIFE

2019

APRESENTAÇÃO

O Produto Educacional, apresentado, é resultado do estudo sobre "**Aspectos emocionais das mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso em uma unidade de terapia intensiva neonatal: um estudo qualitativo**", apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS.

A proposta de E-BOOK tem sua relevância devido a visibilidade científicas que indicam em diversas condições da atualidade. Os benefícios e a disseminação do material, via redes sociais, gratuitamente, promoverão conhecimentos e entendimento dos aspectos emocionais das mães dos nascidos pré-termos em dimensão multidisciplinar.

Dessa forma, espera-se, com esse e-book, proporcionar um espaço de reflexão acerca da importância da dimensão dos aspectos emocionais no suporte a essas mães que vivenciam mudanças em suas rotinas e suas novas perspectivas a partir do seu filho pré-termo ao longo do seu internamento na unidade de terapia intensiva neonatal.

O e-book foi criado pelos autores, e utilizada a plataforma de criação *adobe InDesign*, com licença para estudantes, e as imagens utilizadas de domínio público. https://www.flaticon.com/

Será publicado nas plataformas digitais com o devido link público para acesso via smartphones, computadores, notebooks conectados a uma rede de internet, através do banco de dados da https://issuu.com/

PRODUTO EDUCACIONAL: *e-book* (uma projeção da interatividade, não condiz com a realidade final do produto)

Apresentação:

Esta obra comenta sobre a experiência vivida por mães de crianças pré-termo de muito baixo peso e as estratégias que elas se utilizam para enfrentar esse momento difícil, que é ser mãe de um bebê prematuro. É importante salientar que a maioria das mães ao longo do período natal não haviam sido informadas de nenhum indício de gravidez de risco ou nascimento pré-termo, e diante de uma situação cheia de especificidades como é ter um bebê com muito baixo peso, elas encontraram cada uma a sua maneira, formas de enfrentar essa realidade. E o produto dessas falas, que relatam essas situações vivida por elas, foi elaborado um e-book, com considerações direcionadas a equipe multidisciplinar para que cada profissional possa ter conhecimento desse universo da "maternagem" e dos sentimentos de mães que vivenciam essa realidade inesperada, e que impacta de alguma forma, tanto na equipe quanto nos demais profissionais que estão envolvidos na atenção a saúde dessa criança na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal nesse momento.

Os autores

Aspectos emocionais das mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso em uma unidade de terapia intensiva neonatal.

Faculdade Pernambucana de Saúde - Recife - PE, Brasil

Ery Magalhães
Monica Melo

Recife, 2019

"Ela vai se recuperar logo, que vai sair e que vai para casa, em nome de Jesus!"
"Eu peço para que orem por ela, e por mim também, oração move montanhas."
"Eu tenho fé que vai dar tudo certo, me apego a isso."
"Mas até que eu 'to' lindando bem para o que eu esperava, eu imaginava que eu teria uma crise, alguma coisa, mas, graças a Deus, eu to bem equilibrada."
"Meus pensamentos para ele, é que ele supere tudo e que a gente possa sair daqui e que ele consiga desenvolver, chegar ele a acompanhar o desenvolvimento de uma criança que não nasceu prematura e daí só o melhor."
"Eu espero muita coisa boa e poder contar tudo que eles passaram."
"Eu tenho fé que eles vão ficar bem, os dois."
"Ah, eu sinto tanto amor, tanto amor, só Deus sabe."
"Eu to vendo ele muito bem, demais, tá evoluindo bastante, a preocupação que eu tava sentindo, graças a Deus, passou a agonia, agora só alegria, daqui para frente."
"Ela é um milagre."

Mães guerreiras!

As presentes falas tiveram os cuidados éticos conforme regulamenta a CNS 510/16 CAEE 09098919.6.0000.5201.

SUMÁRIO

06
10
12
14
18
22
24

INTRODUÇÃO

SENTIMENTO E EMOÇÕES VIVIDAS DURANTE A GESTAÇÃO

VIVÊNCIA EMOCIONAL APÓS O NASCIMENTO

REAÇÃO EMOCIONAL FRENTE AO FILHO NA UTI E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DO FILHO

PENSAMENTO RELACIONADOS AO FILHO E VIVÊNCIA COMO ACOMPANHANTE NA UTI

APOIO DA FAMÍLIA

PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

"A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como pré-termo toda criança nascida antes de 37 semanas.[1]"

Recentes avanços tecnológicos na assistência aos recém-nascidos de alto risco têm possibilitado maior sobrevida desses **recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (RNPT)**, às custas do elevado tempo de permanência em unidades de terapia intensiva neonatal.[1]

São comuns nas mães **sentimento** de **culpa** e **impotência**, percepção de que o vínculo mãe-bebê estava afetado, o que gerava **tristeza** e **solidão**, muito embora, a **resiliência** e **ressignificação** seja observa nesse perfil de mães. Mães de recém-nascidos pré-termos também referem a percepção de seu bebê como pequeno e **disforme**, temendo sua **fragilidade**, assim como ressaltam dificuldades de comunicação com o sistema de saúde. São observados também, sintomas de estresse e a sensação de maior dificuldade de interação com seu filho. As mães de recém-nascidos a termo são mais propensas a seguir um padrão interativo mais cooperativo. [2]

O Nascimento do recém-nascido pré-termo configura-se em uma situação de **"crise psicológica"** na mãe, a qual passa a enfrentar uma situação de ansiedade, geradora de sentimento de **impotência**. O RNPT de muito baixo peso requer a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, fator este que interfere negativamente no estabelecimento do vínculo mãe-bebê[2]. Por outro lado, o bom entendimento dessa avaliação emocional frente a equipe de saúde, minimizam esses fatores estressores e negativos dessa mãe, tornando um ambiente hospitalar mais humanizado.

1- Souza KZ, Brasileiro ON, Cambraia DS, Semião FP, Alves MP, Gomes IMM. Incidência de recém-nascidos de risco no serviço de saúde pública de Pouso Alegre. Pediatria Atual. 2002; 15(6): 28-35.
2- Araújo BBM, Rodrigues BMRD, Rodrigues EC. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. Rev. Enferm. UERJ. 2008 abr/jun; 16(2): 180-6.

HUMANIZAÇÃO

"A humanização, definida como o resgate do respeito a vida humana, leva em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais presentes em todo relacionamento, prevendo fazer parte da filosofia da equipe de saúde.[3]

À atenção humanizada ao recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso caminha em direção à superação da clássica fragmentação entre ações de humanização e ações assistenciais. Portanto, a humanização também deve ser estendida ao profissional através de ações que envolvam seu processo de trabalho. Nesse sentido, encontra-se apoio na Política nacional de Humanização do Ministério da Saúde proposta a partir de 2003 (MS, 2004). Assumir que, muito mais que um mero "programa", a humanização deve ser eixo articulador de todas as práticas em saúde para gestores e trabalhadores nas diferentes esferas do sistema de saúde.[4]

3- Lopes FM, Brito ES. Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva [periódico on line]. 2009 [acesso em ago 2011]. 21(3):283-91. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ rbti/v21n3/a08v21n3.pdf.
4- Lamy Zeni Carvalho, Gomes Maria Auxiliadora de S. Mendes, Gianini Nicole Oliveira Mota, Hennig Márcia de Abreu e S.. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 Sep [cited 2019 Dec 04] ; 10(3): 659-668. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300022&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300022.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O trabalho em equipe é hoje uma prática crescente no atendimento à saúde. A organização ou mobilização de equipes está associada à complexidade da demanda. Nessas situações, os profissionais se deparam com seus próprios limites e encontram nos colegas de outras formações subsídios para a compreensão e atendimento do caso em questão.[5]

Os profissionais da saúde devem atuar com foco na integralidade, compreendendo que a mãe do recém-nascido prétermo de muito baixo peso possui necessidades que extrapolam os limites do biológico, social e psicológico, ganhando contornos espirituais e sentimentais. Assim, recursos desta ordem devem ser estimulados nos espaços da saúde na perspectiva de contribuir para a dinâmica do trabalho cotidiano e para a potencialização das relações estabelecidas nestes contextos[4].

5- Véras R M et al. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. Psicologia em Estudo [periódico on line]. 2010 [acesso em 05 out 2011]. Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-32, abr./jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/ v15n2/a11v15n2.pdf.

SENTIMENTO E EMOÇÕES VIVIDAS DURANTE A GESTAÇÃO

01

O avanço do conhecimento científico dos fenômenos físicos na 'maternagem' proporciona as habilidades fundamentais a toda equipe multidisciplinar, permitindo-nos a prática de um atendimento cujo objetivo é desenvolver um estado de confiança na paciente. No entanto, as condutas tradicionais baseadas somente nas habilidades técnicas não são suficientes, pois elas necessitam ser implementadas, especialmente, por uma compreensão dos aspectos emocionais que permeiam o período gravídico-puerperal. Diante dessa realidade, torna-se necessário, acrescentar às habilidades essenciais, o bom entendimento desses aspectos para ouvir e orientar a mãe, sem perder de vista suas especificidades como pessoa, vivenciando o impacto emocional da condição de seu filho, com sua história de vida, seus sentimentos e seus anseios.

VIVÊNCIA EMOCIONAL APÓS O NASCIMENTO

Neste momento é importante evitar, o excesso de discurso tecnicista, e considerar as demandas referentes aos aspectos emocionais das mães, criando condições para uma escuta acolhedora, onde os sentimentos bons e ruins possam aparecer. Deve-se observar e respeitar as diferentes percepções e características de personalidade da mãe inclusive os sentimentos dela direcionados à equipe da UTI neonatal que nem sempre são positivos. Não se pode esquecer de que essas mães necessitam ser sentir seguras perante a sua estada no ambiente hostil da terapia intensiva e ter suas dúvidas esclarecidas sempre que necessário sobre o estado do seu filho. É importante fornecer orientações antecipatórias (logo quando o recém-nascido chega) sobre como ocorre o tratamento e de que forma será dada informação sobre a evolução da sua saúde. Porém, devemos evitar informações excessivas, devemos privilegiar transmitir orientações simples e claras e observar o impacto em cada mãe, respeitando sua individualidade e capacidade de compreensão. E, por último, é dever da equipe de saúde prepará-la para os procedimentos técnicos que seu filho irá ser submetido, para aliviar as vivências negativas resultantes do impacto que por ventura possa acontecer. Não se pode esquecer de que para as mães, o ambiente hospitalar é desconhecido e assustador, essa ideia deverá ser minimizada ao máximo e considerar que existem expectativas nas mães quanto ao seu desempenho como mãe e à saúde do bebê, no contexto de uma experiência emocionalmente intensa em que permeia um misto de emoções sempre.

REAÇÃO EMOCIONAL FRENTE AO FILHO NA UTI E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DO FILHO

03_1 MINI MANUAL PARA OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

- Ter claro que o papel da equipe no momento do internamento do seu filho é de fortalecer esse vínculo mãe-recém-nascidos.
- Informar a mãe sobre o longo período que o seu filho necessitará estar na unidade de terapia intensiva neonatal.
- Saber que o medo da morte sempre vai existir devido à tensão ligada à imprevisibilidade de todo o processo e que isso repercute na família, paciente e sobre a mãe.
- Evitar recorrer ao excesso de tecnicismo na tentativa de obter o máximo de controle da situação.
- Orientar a mãe sobre as técnicas aplicadas, para que ela esteja sempre ciente dos processos vividos pelos seus filhos, necessários para a restauração e manutenção da vida.
- Fortalecer a Mãe, sobre sua longa jornada no hospital, quanto às suas capacidades de dar à amor ao seu filho, sem valorizar excessivamente situações de tensão, pois a frustração da mãe em não ter gerado um filho "ideal" pode interferir no vínculo mãe-bebê.
- Escutar sempre, sem menosprezar qualquer informação que a mãe tenha a dizer
- Deixar claro os limites quanto às decisões da mãe, respeitar as escolhas dos procedimentos que poderão levar a riscos de vida desse recém-nascido.

REAÇÃO EMOCIONAL FRENTE AO FILHO NA UTI E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DO FILHO

03_2

Ao longo dos cuidados ao recém-nascido, pode acontecer vivência da sensação genérica de se estar fazendo mal ao bebê, a mãe ter vivências de incapacidade, de impotência e de não poder ajudar seu filho. Precisamos cooperar para promover adequação dessas mães a nova realidade. Algumas mães percebem fantasias destrutivas, pela intercorrência do parto antecipado e também por serem alvo dos ataques da sociedade. À mãe teme por si e pelo bebê. É importante poder orienta-las sistematicamente a respeito da doença; ressaltar o papel do autocuidado e sobre a possibilidade da presença de outras pessoas da família como companhia e apoio ao longo do internamento.

PENSAMENTO RELACIONADOS AO FILHO E VIVÊNCIA COMO ACOMPANHANTE NA UTI

A interação é promotora de esperança: Quem, agora, lhe transmite esperança e em que situação (relação muito forte na partilha, encorajamento e apoio emocional), é toda a equipe multidisciplinar. Uma relação promotora de esperança entre os membros de uma equipe de terapia intensiva neonatal envolve, acima de tudo, as seguintes estratégias: apoio emocional, presença efetiva e escuta ativa, atuar como promotor da saúde mental, demonstrar aceitação incondicional, tolerância e compreensão.[5]

5- Véras R M et al. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. Psicologia em Estudo [periódico on line]. 2010 [acesso em 05 out 2011]. Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-32, abr./jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/ v15n2/a11v15n2.pdf.

PENSAMENTO RELACIONADOS AO FILHO E VIVÊNCIA COMO ACOMPANHANTE NA UTI

04_2

"UM CLIMA MUITO PESADO, UM CLIMA MUITO TENSO, VER OUTRAS MÃES CHORANDO PORQUE SEUS FILHOS MORRERAM, É UM CLIMA QUE VOCÊ PODE TER MEDO DE QUE ACONTEÇA A MESMA COISA, É MEDO, É DESCONFORTO, É UMA COISA TRISTE, EU SÓ QUERIA UM LUGAR FELIZ, MAS QUEM ME TRÁS ESSA FELICIDADE É SOMENTE DEUS, MEU ESPOSO E MEU FILHO. EU QUERIA ESTAR COM ELES EM CASA"

"POR MAIS QUE VOCÊ NÃO QUEIRA PENSAR NEGATIVO, QUANDO VOCÊ VÊ ACONTECER ALGO ACONTECER COM O BEBÊ DO LADO DO SEU VOCÊ FICA ANGUSTIADA, AI EU PENSO: SE ACONTECEU COM AQUELE BEBÊ PODERIA SER COM MEU, ISSO ME PREOCUPA."

Os profissionais deverão estar atentos para perceber os mecanismos emocionais pelos quais as mães estão passando, acentuados pela internação do filho, e que causam muita angústia para a mãe como um todo; para orientá-la, estimulando-a a ver o bebê, interagir com ele, tocá-lo, falar com ele, reconhecendo-o como filho e para acolher as oscilações emocionais causadas pela gravidade de vida do seu filho. Contribuir para fortalecer as condições do vínculo afetivo com o bebê, que ficou ameaçada pela separação precoce e a sensação de perda/morte. Independentemente dos cuidados que cada criança necessita, com maior ou menor dependência, as mães são detentoras de uma estrutura e funcionamento próprios, cuja interpretação e compreensão serão facilitadoras para uma maior compreensão da dinâmica mãe-bebê nos domínios da promoção de esperança.

APOIO DA FAMÍLIA

05

"EU TENHO OUTRO FILHO E COMO MORO MUITO LONGE, ELES ESTÃO CUIDANDO DELE PARA MIM. E TENHO TAMBÉM UM TIO AQUI NESSA CIDADE, QUE ELE SEMPRE VEM ME VISITAR, SEMPRE QUE DÁ ALGUÉM TÁ VINDO ME VISITAR, MAS ACOMPANHANTE NÃO PODE TER NÉ? POR QUE JÁ ESTOU COMO ACOMPANHANTE DO MEU FILHO, ENTÃO A AJUDA QUE EU TENHO É A DISTÂNCIA MESMO" – VOCÊ SENTE O "CALOR" DA SUA FAMÍLIA TE AJUDANDO? "SINTO"

O apoio familiar é fundamental para amenizar os aspectos emocionais depreciativos a saúde dessa mãe. A família também pode estar vivenciando o medo eminente de morte pelos riscos possíveis e imaginários. Por outro lado, a angústia de separação definitiva do bebê pode dificultar a indução da família nesse processo de aceitação de ter um filho pré-termo de muito baixo peso. Pode ocorrer também revolta por ter que passar pelas dores das situações vividas na UTI neonatal. É importante poder acolher a dor, o choro, a incredulidade, deixando a mãe externalizar a dor e poder ter a família como rede de amparo.

PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A busca pelo entendimento da saúde mental, cabe, não somente aos profissionais psicólogos e psiquiatras, e, sim a todos os profissionais da área da saúde, aos profissionais que trabalham com saúde para exercerem o papel da saúde integral. A identificação de sentimentos parte do pressuposto da sensibilidade que permeia esses profissionais. A troca de informações na prática da interdisciplinaridade é de fundamental importância. A atitude de saber lidar com determinados perfis sociais e realidades diferentes no binômio saúde-doença, considerando o bem-estar físico, mental, emocional e espiritual é regra geral. A definição de emoção pode parecer ser óbvia e simples, uma vez que o termo é utilizado no cotidiano com frequência. As ciências psicológicas tratam a emoção como algo complexo. Os sentimentos humanos, sugerem cuidado e atenção através de modelos integrativos para todos os profissionais que lidam com situações conflitantes, que geram impacto e mobilizam emoções humanas, e nesse caso, o foco está na expressão das falas e nos sentimentos vividos pelas mães.

Para atingir esse objetivo partiu-se do entendimento na literatura, de que emoções não são mais compreendidas como uma reação única, mas como um processo que envolve inúmeras variáveis diante da condição de caráter afetivo que alteram o ser físico e emocional humano. Tentar preparar as mães para enfrentar as ações necessárias para a superação desse momento frágil de posse dessa sensibilidade, os profissionais frente às diversas situações, darão norte e serão a rede de amparo para neutralizar o desespero e evitar ao máximo a vivência de situações conflitante que possam levar ao desequilíbrio emocional. Devemos ficar atentos ao fato de que, dentro do conjunto de reações expostas, que não necessariamente, precisa ter coerência entre elas, estamos frente a uma mãe e família em uma situação diferenciada por serem mães de recém-nascidos de muito baixo peso.

EM CASO DE IDENTIFICAÇÃO DE QUALQUER ASPECTO EMOCIONAL RECOMENDA-SE:

Sobre o autor:

Fisioterapeuta pela Faculdade Pernambucana de Saúde (2011). Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva pela ASSOBRAFIR-COFFITO, Pós-Graduado em Fisioterapia Hospitalar e Fisioterapia em Terapia Intensiva (REDENTOR - RJ/2013), Possui formação em Reeducação Postural Global pela Université Internationale Permanente de Therapie Manuelle - UIPTM (França/2012). Com experiência profissional em Cuidados Intensivos Pediátricos e neonatais (UTI), Reabilitação Cardíaca, Pré e Pós operatória. Docente pela Faculdade de Ciências e Tecnológia de Olinda, Coordenador da Pós graduação, Fisioterapia em Terapia Intensiva pelo Instituto Paiva de Pós graduação e Capacitações. Fisioterapeuta no Hospital Infantil Jorge de Medeiros

Sobre a autora:

Psicóloga pela Universidade Católica de Pernambuco, Especialista em Psicologia Hospitalar, mestre e doutora em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. Pós-doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como Psicologa no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP no Setor de Psicologia - Laboratório de Avaliação Psicológica - LAP e em consultório. Tutora no curso de graduação em Psicologia e nas pós graduações: Curso de Especialização em Neuropsicologia e de Psicologia Clinica hospitalar. Docente permanente no Mestrado Profissional em educação para o Ensino na Área de Saúde e Mestrado profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS. Membro dos grupos de pesquisa em Psicologia da Saúde e Saúde Mental.

Sobre o autor:

Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba, Especialização em Psicologia Hospitalar pela Santa Casa de São Paulo, Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco e Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós-doutorado em ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atualmente é tutor da graduação e da pós graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS. Coordenador do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS. Colaborador do programa de pós graduação stricto sensu do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e supervisor do núcleo de saúde mental do IMIP. Interesse na área de psicologia da saúde, educação e saúde, neuropsicologia e terapia cognitivo comportamental. Membro do Grupo de Trabalho Pesquisa básica e aplicada em uma perspectiva Cognitivo-Comportamental da ANPEPP. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental do IMIP. Foi membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH) nas gestões de 2007 até 2017 e da diretoria da Associação de Terapias Cognitivas de Pernambuco (ATC-PE) na Gestão de 2015-2018.

RECIFE
2019

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pelo entendimento da saúde mental, cabe, não somente aos profissionais psicólogos e psiquiatras, e, sim, por todos os profissionais da área da saúde, para exercerem o papel da saúde integral. A identificação de sentimentos parte do pressuposto da sensibilidade que permeiam esses profissionais. A troca de informações entre interdisciplinaridade é de fundamental conceituação para sabermos lidar com determinados perfis sociais e a grande discussão sobre o que é saúde-doença, além do bem-estar físico, mental e emocional. A definição de emoção pode parecer ser óbvia e simples, uma vez que o termo é utilizado no cotidiano com frequência. Em sua síntese as ciências psicológicas tratam a emoção como algo complexo e nada simples. O presente estudo expos sentimentos humanos, fundamentando os principais grupos e teorias sobre comportamento e emoção, sugerindo um modelo integrativo para todos os profissionais que lidam com situações conflitantes, que geram impacto e mobilizam emoções humanas, focando na expressão das falas das mães e seus sentimentos, nesse momento foram identificadas falas que expressavam, aflição, estresse, angústia, ansiedade, apreensão, inquietação, medo, nervosismo. Falas que se referiam a esperança, amor e fé também foram identificadas. As reações de enfrentamento foram peculiares a cada mãe, pois perpassavam a história de vida de cada uma, pelo significado do seu filho em suas vidas, pelos projetos pessoais e familiares. Para atingir esse objetivo partiu-se do entendimento atual, na literatura, de que emoções não são mais compreendidas como uma reação única, mas como um processo que envolve enumeras variáveis. Condição essa de caráter afetivo que alteram o ser físico do ser humano, preparando as mães para enfrentar as ações necessárias para a superação daquele momento frágil. Assim, com essa sensibilidade, os profissionais frente as diversas situações, darão norte e serão a rede de amparo para neutralizar o desespero e evitar ao máximo a vivência de situações conflitante que possam levar ao desequilíbrio desse fisiológico que é ser, e sentir, as emoções. Devemos ficar atentos ao fato de que, dentro do conjunto de reações expostas,

não necessariamente, precisa ter coerência entre elas, trazendo assim, diferentes sentimentos e reações a eles. Essas considerações apenas tangeriam o extenso universo que deverá ser estudando e aprofundando, sobre os sentimentos vividos pelas mães do recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso. Sugerindo a elaboração de métodos avaliativos para esse perfil de mães, a serem validados pela academia e modelos científicos integradores, trazendo assim, maior riqueza de detalhes aos futuros estudos, com a proposta e a verificação de uma compreensão cada vez maior desses fenômenos emocionais, que deixa marcas em todos os níveis: social, físico e psicológico.

REFERÊNCIAS

1- Brasil. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher; 2006.

2- Malveira SS, Moraes AN, Chermont AG, Costa DLF, Silva TF. Recém-nascidos de muito baixo peso em um hospital de referência. Rev. Para. Med. [periódico on line]. 2006 [acesso em 08 mai 2018]. 20(1):41-6. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000100007&lng=pt.

3- Salge AKM, Vieira AVC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM, Zatta LT, et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. Rev. Eletr. Enf. [periódico on line]. 2009 [acesso em 06 Jun 2010]. C11(3): 642-6. Disponível em: https://www. revistas.ufg.br/fen/article/view/ 47198/23139.

4- Trindade CEP, Corrales CM, Bentlin MR, Rugolo Júnior A. Morbi-mortalidade de recém-nascidos de pré-termo de muito baixo peso da faculdade de medicina de Botucatu-UNESP. Comparação entre os períodos de 1990-1993 e 1994-1997. In: Anais do Congresso Brasileiro de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente. Congresso Brasileiro Sobre o Ensino em Pediatria; 2000; São Paulo: Brasil. 2000. p.78.

5- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet. 2012; Jun 379(9832):2162-72.

6- Linhares MBM, Carvalho AEV, Bordin MBM, Chimello JT, Martinez FE, Jorge SM. Prematuridade e muito baixo peso ao nascer como fator de risco ao desenvolvimento psicológico da criança. Paidéia. 2000; 10(18):60-9.

7- Puffer RR, Serrano CV. Patterns of mortality in childhood. Washington, D.C: Pan American Heath Organization, 1973.

8- Souza NL, Araújo ACPF, Azevedo GD, Jerônimo SMB, Barbosa LM, Sousa NML. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. Rev. Saúde Pública. [periódico on line]. 2007 [acesso em 03 maio 2018]. 41(5):704-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500003&lng=.

9- Araújo BBM, Rodrigues BMRD, Rodrigues EC. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. Rev. Enferm. UERJ. 2008 abr/jun; 16(2): 180-6.

10- Martinez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(2): 239-46.

11- Serra SOA, Vieira MA, Scochi CGS. Fatores perinatais relacionados com casos de óbitos de recém-nascidos prematuros assistidos na UTIN de um hospital-escola. Pediatria Atual. 2001; 14(11/12): 23-8.

12- Sarinho SW, Filho DAM, Silva GAP, Lima MC. Fatores de risco para óbitos neonatais no Recife: um estudo caso-controle. J Pediatr. 2001; 77(4): 294-8.

13- Souza KZ, Brasileiro ON, Cambraia DS, Semião FP, Alves MP, Gomes IMM. Incidência de recém-nascidos de risco no serviço de saúde pública de Pouso Alegre. Pediatria Atual. 2002; 15(6): 28-35.

14- Stoll BJ, Hansen N, Fanaroff AA, Wright LL, Carlo WA, Ehrenkranz RA, et al. Late-onset sepsis in very low birth weight neonates: the experience of the NICHD neonatal research network. Pediatrics. 2002; 110(2): 285-91.

15- Barbieri MA, Silva AAM, Bettiol H, Gomes UA. Risk factors for the increasing trend in low birth weight among live births born by vaginal delivery. Rev Saúde Pública. 2000; 34(6): 596-602.

16- Nascimento LFC, Gotlieb SLD. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer com base em informações da declaração de nascido vivo em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998. Informe Epidemiológico do SUS. 2001; 10(3): 113-20.

17- Holanda MRR, Falcão AR, Maia CRS, Dantas MT, Brito MHM, Fonseca SMD. Prevalência de microorganismos isolados em hemoculturas de recém-nascidos internados em uma UTI neonatal. In: Anais do 17º Congresso Brasileiro de Perinatologia. 2001; Florianópolis: Brasil. 2001. p.157.

18- Mussi-Pinhata MM, Nascimento SD. Infecções neonatais hospitalares. J Pediatr. 2001; 77 (supl.1): 81-96.

19- Malveira SS. Epidemiologia das infecções hospitalares bacterianas na unidade neonatal de um hospital público de referência da cidade de Belém do Pará [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 2002.

20- Mancini MC, Barbosa NE, Banwart D, Silveira S, Guerpelli JL, Leone CR. Intraventricular hemorrhage in very low birth weight infants: associated risk factors and outcome in the neonatal period. Rev Hosp Clin Fac Med S. Paulo. 1999; 54(5):151-4.

21- Schettini ST, Miyoshi MH. Enterocolite necrosante neonatal. Pediatr. Mod. [periódico on line]. 1999 [acesso em 13 set 2003]. 35(4):145-6,148,150. Disponível em: http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r002&id_edicao =95.

22- Turrini RNT, Santo AH. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. J Pediatr. 2002; 78(6):485-90.

23- Laurenti, R., Buchalla, C.M. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. Rev. Saúde Pública. 1986; 19:225-32.

24- Stoll BJ, Gordon T, Korones SB, Shankaran S, Tyson JE, Bauer CR, et al. Early-onset sepsis in very low birth weight neonates: a report from the national institute of child health and human development neonatal research network. The Journal of Pediatrics. 1996; 129(1): 72-80.

25- Stoll BJ, Hansen N, Fanaroff AA, Wright LL, Carlo WA, Ehrenkranz RA, et al. Changes in pathogens causing early-onset sepsis in very low birth weight infants. The New England Journal of Medicine. 2002; 347(4): 240-6.

26- Doering LV, Moser DK, Dracup K. Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. Neonatal Netw. 2000; 19(5):15-23.

27- Carvalho, A. E. V., Linhares, M. B. M., & Martinez, F. E. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (<1.500 g). Psicologia: Reflexão e Crítica. 2001; 14(1):1-33.

28- Victora, C.G. et al. Epidemiologia da desigualdade. São Paulo: Hucitec, 1988.

29- Andreani, G, Custódio, ZAO, Crepaldi MA. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. Alethéia. 2006; 24:115-26.

30- Andrew MJ, Sullivan PB. Feeding difficulties in disabled children. J Paediatr Child Health. 2010; 20:321–6

31- Brasil. Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. DF: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [acesso em 03 mai 2018]. Disponível em: http://brasilsus.com.br/legislacoes/ rdc/102985-7.htm.

32- Beckwith L, Rodning, C. Intellectual functioning in children born preterm: recent research. In: Okagaki L, Sternberg RJ. Directors of development influences on the development of the children´s thinking. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1991. p. 25-58.

33- Bradley RH, Casey PH. Family environment and behavioral development of low birth-weight children. Journal of Development, Medicine and Child Neurology. 1992; 34(9): 822-6.

34- Bagley CE, Gray PH, Tudehope DI, Flenady V, Shearman AD, Lamont A. Routine neonatal postextubation chest physiotherapy: a randomized controlled trial. J Paediatr Child Health. 2005; 41(11):592-7.

35- Scochi CGS. et. al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das clínicas de Ribeirão Preto. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico on line]. 2003 [acesso em 03 ago 2011]. 11(4) 539-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400018&script=sci_arttext.

36- Lopes FM, Brito ES. Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva [periódico on line]. 2009 [acesso em ago 2011]. 21(3):283-91. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ rbti/v21n3/a08v21n3.pdf.

37- Véras R M et al. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. Psicologia em Estudo [periódico on line]. 2010 [acesso em 05 out 2011]. Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-32, abr./jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/ v15n2/a11v15n2.pdf.

38- Alves CA et al. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. Interface - Comunic., Saude, Educ. [periódico

on line]. 2009 [acesso 05 ago 2011]. v.13, supl.1, p.581-94, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500010& script=sci_arttext.

39- Andraus LMS, Minamisava R, Munari DB. Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. Cienc Cuid Saude [periódico on line]. 2004 [acesso em 08 mai 2018] 3 (2): 203-8. [acesso em 08 Mai 2018]. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/i ndex.php/CiencCuidSaude/article/view/5497.

40- Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. Rev Gaucha Enferm [periódico on line]. 2000 [acesso em 08 mai 2018]. 21 (nº esp): 70-83. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4328.

41- Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf. [Acesso em: 03, Nov. 2018.]

42- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev. Pesquisa Qualitativa 2017. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. [Acesso em: 03, Nov. 2018]

43- Costenaro RGS, Martins DA. Qualidade de vida do recém-nascido internado em U.T.I.: as relações mãe- filho. Cogitare Enferm 1998; 3(2): 56-9.

44- Gurmendez C. Sentimientos básicos de la vida humana. Madrid: Libertárias; 1994. 156 p.

45- HÂC Ramos, RKN Cuman - Esc Anna Nery Rev Enferm, 2009 - SciELO Brasil

46- Mondardo, A. H. & Valentina, D. D. Psicoterapia infantil: ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança. Psicol. Reflex. Crit., vol. 11, no. 3, 1998.

47- Klaus M. & Kennel, J. Pais/bebê – a formação do apego. Porto Alegre: ArtMed, 1993.

48- Klaus, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. H. Vínculo – Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

49- Winnicott, D. W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

50- KLEINMAN, A. Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia and pain in modern China. New Haven: Yale University Press, 1986.

51- Cacique, D. B., Bacha, A. M., Grassioto, O. R., Oliveira, H. C., Lima, M. T., & Fonsechi-Carvasan, G. A. (2012). A avaliação da satisfação de pacientes internadas em um hospital universitário especializado na saúde materno-infantil: questionários e resultados globais. Rev Adm Saúde [Internet], 14(57), 134-42

52- Maldonado, Maria T. Psicologia da Gravidez – parto e puerpério. 16ºed. São Paulo: Saraiva, 2002.

53- Reichert, A., Lins, R., & Collet, N. (2009). Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. Revista Eletrônica De Enfermagem, 9(1). https://doi.org/10.5216/ree.v9i1.7148

54- Lima GC Humanização em unidade de terapia intensiva pediátrica: discurso de enfermeiras. [Especialização]. João Pessoa (PB): Centro de Ciências da Saúde/UFPB; 2004

55- Osório, L. C. (2013) Como trabalhar com sistemas humanos: grupos, casais e famílias, empresas. Porto Alegre, RS: Artmed.

56- Leal, M., Esteves-Pereira, AP, Nakamura-Pereira, M. et al. Prevalência e fatores de risco relacionados ao parto prematuro no Brasil. Reprod Health 13, 127 (2016) doi: 10.1186 / s12978-016-0230-0

57- Lansky Sônia, Friche Amélia Augusta de Lima, Silva Antônio Augusto Moura da, Campos Deise, Bittencourt Sonia Duarte de Azevedo, Carvalho Márcia Lazaro de et al . Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 2019 Dez 03] ; 30(Suppl 1): S192-S207. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=pt. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213.

58- Nascimento RM, Leite AJM, Almeida NMGS, Almeida PC, Silva CF. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública 2012; 28:559-72.

59- Diniz S, d'Oliveira AFP, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. Reprod Health Matters 2012; 20:94-101.

60- Gravena Angela Andréia França, Paula Meliana Gisleine de, Marcon Sonia Silva, Carvalho Maria Dalva Barros de, Pelloso Sandra Marisa. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. Acta paul. enferm. [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 03] ; 26(2): 130-135. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200005&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200005.

APÊNDICES

APÊNDICE I. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ASPECTOS EMOCIONAIS DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque foi atendido (a) ou está sendo atendido (a) nesta instituição., pela pesquisadora responsável **Prof.ª Dra. Mônica Cristina Batista de Melo**, telefone para contato: **(81.986420289)** e o pesquisador de sua equipe, **Ery de Albuquerque Magalhães Neto**, telefone para contato: **(81.986420289)**. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação. Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável. Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

_____ _____

Rubrica do Participante de Pesquisa **Rubrica do Pesquisador**

PROPÓSITO DA PESQUISA

O objetivo da pesquisa é compreender os sintomas emocionais das mães que acompanham seus filhos recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso em um serviço de referência da cidade do Recife. Sua participação consistirá em nos conceder uma entrevista respondendo a algumas perguntas relacionadas ao objetivo da pesquisa, solicitando que possa falar sobre sua experiência nessa condição.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Os encontros serão gravados em áudio, posteriormente transcritos e apresentados ao senhor (a) para confirmação da veracidade do que foi coletado. As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais. Seu nome, assim como o do seu familiar atendido, será substituído por um número e não aparecerão em nenhum prontuário ou documento, de modo a assegurar o total sigilo sobre a sua participação. Os dados serão protegidos em arquivo de acesso exclusivo do pesquisador por um prazo de cinco (05) anos, e, posteriormente, serão destruídos.

_____ _____

Rubrica do Participante de Pesquisa Rubrica do Pesquisador

BENEFÍCIOS

Os benefícios relacionados à sua participação serão de favorecer uma maior compreensão acerca das relações de cuidado estabelecidas pela mãe do recém-nascido Pré-termo de muito baixo peso, e pela equipe multidisciplinar, para a melhor condução para um bom prognostico dos aspectos emocionais e indicação de tratamento adequado, ampliando a assistência das mães com o enfrentamento da nova realidade na sua dinâmica familiar nessas circunstâncias.

RISCOS

Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa podem ser de cansaço, constrangimento e/ou ansiedade, uma vez que relatar experiência de vida podem mobilizá-lo emocionalmente. O pesquisador, no entanto, realizará a entrevista conforme sua disponibilidade e conveniência, podendo ser interrompida a qualquer momento que julgar necessário, caso algum risco a estrutura emocional do participante venha a ocorrer, será encaminhado ao serviço de psicologia da orientadora psicóloga do projeto, que se encontra no mesmo serviço hospitalar, na qual será oferecido um encontro por semana, para solucionar qualquer evento, podendo ser essa demanda semanal ser intensificada a depender a avalição da psicologia. Isso ocorrerá sem qualquer custo ao participante da pesquisa, visando minimizar qualquer dano eventual que a pesquisa possa causar.

CUSTOS

Será informado ao participante que a pesquisa não o onera qualquer custo pessoal, e se trata de uma pesquisa gratuita, sem qualquer tipo de pagamento por sua participação.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

_____ _____

Rubrica do Participante de Pesquisa Rubrica do Pesquisador

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

ACESSO AOS RESULTADOS DE EXAMES

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Estes resultados serão enviados ao seu médico e ele os discutirá com você. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos mesmos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para **Prof.ª Dra. Mônica Cristina Batista de Melo**, telefone para contato: (81.986420289) e-mail: monicacbmelo@gmail.com em horário comercial (08:00 às 17:00). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: (81) 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h e 13:30 às 16:00h. Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

_____ _____

Rubrica do Participante de Pesquisa Rubrica do Pesquisador

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Quando houver armazenamento de amostras/biorrepositório, inserir:

( ) Eu concordo em participar desta pesquisa e **CONCORDO** em ter minhas amostras armazenadas e utilizadas para uso em pesquisas futuras aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP e para isto deverei assinar no futuro, um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se eu concordar.

( ) Eu concordo em participar desta pesquisa, mas **NÃO CONCORDO** em ter minhas amostras armazenadas para uso em pesquisas futuras.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa

_____Data __/____/_____

Nome e Assinatura do Participante

_____Data __/____/_____

Nome e Assinatura da Testemunha Imparcial

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo.

_____Data ____/____/_____

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo.

Impressão digital

Rubrica do Participante de Pesquisa _____

Rubrica do Pesquisador _____

APÊNDICE II

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Dados sociodemográficos

1. Mãe _____ cód. _____

2. Idade da mãe _____ 3. Renda familiar em número de salário mínimos? _____ 4. O acompanhamento pré-natal foi realizado conforme recomendado? **S N 5.** Religião _____ Estado civil: _____

6. Local de residência: Recife _____ Interior _____ **Número de filhos** _____

Perguntas disparadoras:

1. Quando você viu seu filho pela primeira vez na UTI, o que você sentiu?
2. Comente sobre a gestação de seu filho,
3. Aconteceu alguma complicação com a criança quando nasceu?
4. Você está passando por alguma dificuldade? A senhora vivenciou algum problema emocional durante a gravidez? Comente por favor
5. Após o nascimento da criança aconteceu algum momento de estresse? Você poderia comentar?
6. Após o nascimento da criança aconteceu momentos de ansiedade? Pode comentar?
7. A criança passa por momentos de instabilidade com relação ao seu quadro clínico?
8. Quais os seus sentimentos em relação ao que está vivenciando no tratamento de sua criança?
9. Você está informada sobre o tratamento de seu filho?
10. Quais os seus pensamentos em relação ao seu filho?

11. Como está sendo o acompanhamento de seu filho na UTI?
12. Você sente necessidades relacionadas a equipe que trata do bebê?
13. Você recebe apoio profissional?

ANEXOS

I. Carta de anuência do setor Pediátrico do Hospital IMIP

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

IMIP

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora responsável: Prof. Drª **Mônica Cristina Batista de Melo** e o pesquisador assistente: **Ery de Albuquerque Magalhães Neto** a desenvolver o seu projeto de pesquisa **ASPECTOS EMOCIONAIS DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**, cujo objetivo é **Compreender a aspectos emocionais de mães que se encontram com seus filhos recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (RNPT) com risco eminente de morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal na cidade do Recife**, nesta instituição.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o protocolo deve ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira CEP-IMIP Credenciado ao sistema CEP/CONEP.

Recife, 07 de 02 de 19.

Carimbo e Assinatura da Chefia do Setor

DRA GEISY LIMA
CHEFE DA UNIDADE NEONATAL

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Dec. Lei 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Dec. Lei 5013 de 14/05/84
UTILIDADE FEDERAL – Dec. Lei 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.879-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: isento
C.G.C. 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife-PE – Brasil CEP 50070-550
PABX: (081) 2122-4100
Fax: (081) 2122-4703 Cx. Postal 1393
E-mail: imip@imip.org.br
Home Page:http://www.imip.org.br

ANEXO II- Regras da Revista para a submissão do artigo.

Apresentação dos manuscritos para *Psicologia em Estudo, Maringá*

A apresentação dos textos deve atender a seguinte ordem:

1.Folha de rosto contendo:
Título pleno em português, entre 10 e 12 palavras.
Sugestão de título abreviado em português, para cabeçalho, não devendo exceder 4 palavras.
Título pleno em inglês, compatível com o título em português.
Título pleno em espanhol, compatível com o título em português.
Sugestão de título abreviado em português, inglês e espanhol.

2. Folha(s) contendo:
- Resumo, em português.

Todos os textos inclusos nas categorias de 1 a 3 devem conter resumos com 150 a 250 palavras. As demais categorias dispensam resumos. Ao resumo devem seguir 3 palavras-chave (A primeira iniciando com letra maiúscula e as demais em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula).
- Abstract e keywords, tradução do resumo e das palavras-chave em inglês.
- Resumene palabras clave, tradução do resumo e das palavras-chave em espanhol.

3. Anexos e/ou Apêndices, apenas quando contiverem informação original importante, ou destaque indispensável para a compreensão de alguma seção do texto. Recomenda-se evitar anexos e apêndices.

4. Folha contendo títulos de todas as figuras, numeradas conforme indicado no texto.

5. As figuras, tabelas e os gráficos deverão, além das instruções específicas a seguir, considerar que: serão aceitos o total de no máximo 5 (cinco), considerando-se a somatória dessas categorias.

6. Figuras, incluindo legenda, uma por página em papel, colocadas ao término do texto, no mesmo arquivo, em sequência às referências bibliográficas. Para assegurar qualidade de reprodução as figuras contendo desenhos deverão ser encaminhadas em qualidade para fotografia (resolução mínima de 300 dpi); Como a versão publicada não poderá exceder a

largura de 11,5 cm para figuras, o autor deverá cuidar para que as legendas mantenham qualidade de leitura, caso redução seja necessária.

7. Tabelas, incluindo título e notas, devem ser apresentadas uma por página, colocadas ao término do texto, no mesmo arquivo, em sequência às referências bibliográficas. Na publicação impressa a tabela não poderá exceder 11,5 cm de largura x 17,5 cm de comprimento. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé(s). Para mais detalhamentos, especialmente em casos não contemplados nestas Normas o manual da APA deve ser consultado.

8. Texto deverá apresentar: introdução, método, resultados e discussão e, considerações finais/conclusão – não sendo obrigatório utilizar estes termos como ítens. As notas de rodapé (no máximo 5 em todo o trabalho), se imprescindíveis, deverão ser colocadas ao pé das páginas, ordenadas por algarismos arábicos que deverão aparecer imediatamente após o segmento de texto ao qual se refere a nota. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Não utilizar os termos apud, op. cit., id., ibidem e outros (eles não fazem parte das normas da APA).

9. Referências não devem ultrapassar o limite de 30 (trinta), incluindo neste total até 10% de citações referentes aos próprios autores. No mínimo, 40% do total devem referir-se aos últimos 5 anos. Salvo justificativa, estes limites serão revistos pelo Conselho Editorial, por exemplo, nos casos de artigos de revisão histórica. Alertamos os autores que a atualização do texto será avaliada pelos consultores

OBS. Apenas a folha de rosto não é contabilizada no total de laudas do artigo.

.

Declaração de direitos autorais

Política de Privacidade

a. Autores mantém os direitos autorais e concedem à periódico o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial neste periódico.

b. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico.

c. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado

ANEXO III – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS EMOCIONAIS DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: Mônica Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09098919.6.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.257.248

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho para fins de qualificação do Mestrado.

É uma pesquisa qualitativa, com população de mães de recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso.

Os dados serão analisados baseados na análise de conteúdo e temática de Minayo.

O estudo será realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, na Unidade de terapia intensiva neonatal, no período de janeiro-2019 a junho-2019.

A amostra será estabelecida seguindo critério de saturação.

Nas Informações Básicas traz um número de 15 participantes.

A pesquisa seguirá as orientações da Resolução Nº 510/2016.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Compreender as demandas emocionais de mães de recém-nascido pré-termos de muito baixo peso internadas em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal.

Objetivos específicos:

- Descrever as características sociodemográficas das mães do recém-nascido pré-termos de muito baixo peso.

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

- Descrever as complicações associadas a saúde do recém-nascido pré-termos de muito baixo peso apresentadas na perspectiva das mães;
- Identificar os fatores emocionais vivenciados pelas mães de recém-nascido pré-termos de muito baixo peso.
- Sugerir um manual com recomendações aos profissionais da equipe multidisciplinar que cuida do recém-nascido pré-termos de muito baixo peso internadas em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal na forma de produto educacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador diz que os riscos relacionados à participação na pesquisa podem ser de cansaço, constrangimento e/ou ansiedade, uma vez que relatar experiência de vida podem mobilizar emocionalmente. Caso haja necessidade, estará disponibilizado suporte psicológico.

Quanto aos benefícios serão relacionados à participação de favorecer uma maior compreensão acerca das relações de cuidado estabelecidas pela mãe dos prematuros de muito baixo peso, e pela equipe multidisciplinar, para a melhor condução para um bom prognóstico dos aspectos emocionais e indicação de tratamento adequado, ampliando a assistência das mães com o enfrentamento da nova realidade na sua dinâmica familiar nessas circunstâncias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e interessante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	07/03/2019		Aceito

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

Básicas do Projeto	ETO_1250181.pdf	15:46:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_2.pdf	07/03/2019 15:43:13	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Outros	monica_lattes.pdf	16/02/2019 01:57:15	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Outros	declaracao_SIGAP.pdf	16/02/2019 01:51:39	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Outros	ery_lattes.pdf	16/02/2019 01:50:48	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	16/02/2019 01:49:48	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Outros	completo.pdf	05/02/2019 11:30:12	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Outros	coleta.pdf	05/02/2019 11:26:57	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Outros	referencias.pdf	05/02/2019 11:26:34	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Brochura Pesquisa	brochura.pdf	05/02/2019 11:17:32	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	detalhado.pdf	05/02/2019 11:14:33	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	05/02/2019 11:09:32	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	05/02/2019 11:07:57	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	confidenciabilidade.pdf	05/02/2019 11:05:04	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	05/02/2019 11:02:26	ERY DE ALBUQUERQUE MAGALHAES NETO	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 10 de Abril de 2019

Assinado por:
Lygia Carmen de Moraes Vanderlei
(Coordenador(a))

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br