

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THAIZY VALÂNIA LOPES SILVEIRA

**ADAPTAÇÃO PARENTAL À SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO FILHO NA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

BELO HORIZONTE - MG

2019

THAIZY VALÂNIA LOPES SILVEIRA

**ADAPTAÇÃO PARENTAL À SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO FILHO NA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elysângela Dittz Duarte

BELO HORIZONTE – MG

2019

Silveira, Thaizy Valânia Lopes.  
SI587a Adaptação parental à situação de internação do filho na  
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [manuscrito]. / Thaizy  
Valânia Lopes Silveira. - - Belo Horizonte: 2019.

135f.: il.

Orientador (a): Elysângela Dittz Duarte.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,  
Escola de Enfermagem.

1. Nascimento Prematuro. 2. Unidades de Terapia Intensiva  
Neonatal. 3. Relações Familiares. 4. Hospitalização. 5. Dissertação  
Acadêmica. I. Duarte, Elysângela Dittz. II. Universidade Federal de  
Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WS 105.5.F2

**ATA DE NÚMERO 615 (SEISCENTOS E QUINZE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA THAIZY VALÂNIA LOPES SILVEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 2 (dois) dias do mês de julho de dois mil e dezenove, às 10:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ADAPTAÇÃO FAMILIAR AO CUIDADO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL", da aluna *Thaizy Valânia Lopes Silveira*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Elysângela Ditzz Duarte (orientadora), Zaida Charepe (participou da sessão por videoconferência) e Bruna Figueiredo Manzo, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;  
 REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

*"ADAPTAÇÃO PARENTAL À SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO FILHO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL"*

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 02 de julho de 2019.

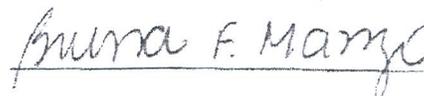
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elysângela Ditzz Duarte  
Orientadora (EEUFMG)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zaida Charepe  
(Universidade Católica Portuguesa)



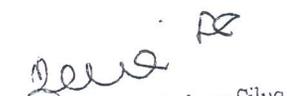
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Bruna Figueiredo Manzo  
(EEUFMG)



Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG  
em 02/08/19

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Kênia Lara Silva  
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem da UFMG

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por iluminar, diariamente, as minhas escolhas.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra Elysângela Dittz, pela competência e dedicação. Muito obrigada por ter acreditado em mim e pela força que me proporcionou para chegar até aqui. A você minha eterna gratidão e admiração. Você é um exemplo de pessoa e profissional!

A todas as mães e pais participantes desse estudo, que me acolheram com muito carinho, compartilhando suas histórias e contribuindo para a produção do conhecimento.

Ao meu filho, Théo, que chegou durante esse percurso e me apresentou o maior amor do mundo, me concedendo forças para a finalização desse trabalho e para tantos outros que virão.

Aos meus avós, Valmira (*in memoriam*) e Delvaux, por todo amor, cuidado e por terem me oferecido os referenciais de vida.

A minha mãe, por estar sempre comigo e pelo exemplo de força. Sem a sua ajuda nesse momento nada disso teria sido possível.

As minhas irmãs pelo companheirismo, amor e incentivo em todos os momentos.

Ao meu amigo Felipe, por me incentivar diariamente e por todo apoio oferecido durante esse período. Você foi fundamental!

Às alunas de iniciação científica, Bárbara e Juliana, pela ajuda e troca de experiências durante esse período.

A todos os meus familiares pela torcida e apoio durante esta caminhada.

Aos meus amigos pelas palavras de apoio e por alegrarem os meus dias.

Aos colegas do mestrado, pelo companheirismo.

Ao Hospital Sofia Feldman por ser um serviço público de saúde que trabalha em defesa da vida e que apoia a qualificação dos profissionais e a produção do conhecimento.

Às muitas outras pessoas que me ajudaram na concretização deste trabalho e que não estão aqui nomeadas, muito obrigada.

## RESUMO

**Introdução:** Considerando a manutenção do número de nascimentos pré-termo e o aumento na expectativa de sobrevivência de crianças cada vez mais prematuras, presume-se que as famílias continuarão a lidar com a situação de ter o seu recém-nascido (RN) internado nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Esse acontecimento é considerado como uma crise pois desencadeia na família um processo de adaptação, o qual é moldado pela interação de diversos fatores que determinarão a adaptação bem-sucedida ou não da família diante dessa situação.

**Objetivo:** Compreender o processo de adaptação familiar de pais e mães de recém-nascidos prematuros assistidos na UTIN no período inicial da internação, por meio de suas vulnerabilidades, apreciação acerca do evento estressor, capacidade de resolução de problemas e *coping* e o suporte social. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório, guiado pelo modelo de Resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar de McCubbin e McCubbin (1993). O cenário de estudo foi uma UTIN, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Participaram 5 pais e 15 mães de recém-nascidos prematuros internado em UTIN. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e da construção do genograma e ecomapa. A análise de dados foi realizada pela análise de conteúdo direta, apoiada pelo software MAXQDA<sup>®</sup>, versão 2018.1. Foram construídas quatro categorias de análise, baseadas no referencial teórico: (1) apreciação sobre a situação de ter um filho prematuro internado na UTIN; (2) vulnerabilidades da família; (3) capacidade de resolução de problemas e enfrentamento; (4) suporte social. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob o parecer de nº 3.021.809. **Resultados:** A apreciação dos pais acerca do evento estressor foi marcada pela vivência de sentimentos que podem interferir na forma como a família lida com a internação do prematuro. A existência de vulnerabilidades, como condição socioeconômica desfavorável e desemprego, quadros psicológicos, existência de outros filhos que demandam cuidados e ser mãe adolescente apresentaram-se como contribuintes para o aumento de tensão na estrutura familiar. As principais estratégias de enfrentamento adotadas pelos participantes deste estudo foram: a religião e espiritualidade, a proximidade do filho e o envolvimento nos cuidados, melhora no estado clínico da criança e mudanças na rotina. O apoio social à família do neonato, advindo dos familiares, profissionais de saúde, instituição, demais mães e pais que se encontram na mesma situação e amigos foi fundamental para o enfrentamento da situação. Foram observadas diferenças em relação ao gênero dos participantes na apreciação do evento estressor e nas estratégias de enfrentamento utilizadas. **Conclusão:** os participantes utilizaram, na maioria das vezes, estratégias que conduziram a uma boa adaptação familiar. Destaca-se a importância do estabelecimento da relação de cuidado entre família e equipe assistencial, de forma a promover a autonomia dos pais para os cuidados de seus filhos na UTIN. Isto contribui para o aumento da confiança dos mesmos para o desempenho do papel parental. Possibilita a equipe fundamentar ações a fim de facilitar a adaptação das famílias que vivenciam tal situação.

**Palavras-chave:** Nascimento prematuro. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Relações familiares.

## ABSTRACT

**Introduction:** Considering the maintenance of the number of preterm births and the increase in the expectation of survival of increasingly preterm infants, it is presumed that families will continue to deal with the situation of having their newborn (NB) hospitalized in the Units of Neonatal Intensive Therapy (NICU). This event is considered a crisis, it triggers in the family an adaptation process, which is shaped by the interaction of several factors that will determine the successful adaptation or not of the family in the face of this situation. **Objective:** To understand the process of family adaptation of parents and mothers of preterm newborns assisted in the NICU in the initial period of hospitalization, through their vulnerabilities, appreciation of the stressor event, coping and problem solving capacity and social support. **Methodology:** This is a qualitative, exploratory approach, guided by the model of resilience, stress, adjustment and family adaptation of McCubbin and McCubbin (1993). The study scenario was a NICU in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. Participants were 5 parents and 15 mothers of premature newborns admitted to a NICU. Data collection took place through a semi-structured interview and the construction of the genogram and ecomap. Data analysis was performed by direct content analysis, using the software MAXQDA ©, version 2018.1. Four categories of analysis were constructed, based on the theoretical reference: (1) appreciation about the situation of having a premature child admitted to the NICU; (2) family vulnerabilities; (3) ability to solve problems and coping; (4) social support. The present study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais (UFMG) under the opinion of No. 3,021,809. **Results:** The parents' appreciation of the stressful event was marked by the experience of feelings that may interfere in the way the family deals with the hospitalization of the premature infant. The existence of vulnerabilities, such as unfavorable socioeconomic conditions and unemployment, psychological factors, the existence of other children who demand care, and being a teenage mother presented themselves as contributing to the increase in tension in the family structure. The main coping strategies adopted by the participants of this study were: religion and spirituality; the proximity to the child and the involvement in the care; improvement in the clinical state of the child; changes in routine. The social support to the family of the neonate coming from family members, health professionals, institution, other mothers and fathers who are in the same situation and friends was fundamental to face the situation. Differences were observed regarding the gender of the participants in the assessment of the stressor event and in the coping strategies used. **Conclusion:** the participants used, in most cases, strategies that led to a good family adaptation. It is important to establish the care relationship between family and care team, in order to promote the autonomy of parents for the care of their children in the NICU. This contributes to their confidence in parental role performance. It enables the team to base actions in order to facilitate the adaptation of the families that experience this situation.

**Keywords:** Premature birth. Neonatal Intensive Care Units. Family relations.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRSMSA/BH	Central Reguladora da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
DPP	Depressão pós-parto
IG	Idade gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
RN	Recém-nascidos
RNPT	Recém-nascidos pré-termo
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação adaptada do Modelo de Resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar.....	23
Figura 2 - Fluxograma de análise das entrevistas.....	32
Figura 3 - Genograma e ecomapa família 1.....	38
Figura 4 - Genograma e ecomapa família 2.....	40
Figura 5 - Genograma e ecomapa família 3.....	42
Figura 6 - Genograma e ecomapa família 4.....	44
Figura 7 - Genograma e ecomapa família 5.....	46
Figura 8 - Genograma e ecomapa família 6.....	48
Figura 9 - Genograma e ecomapa família 7.....	50
Figura 10 - Genograma e ecomapa família 8.....	52
Figura 11 - Genograma e ecomapa família 9.....	54
Figura 12 - Genograma e ecomapa família 10.....	56
Figura 13 - Genograma e ecomapa família 11.....	58
Figura 14 - Genograma e ecomapa família 12.....	60
Figura 15 - Genograma e ecomapa família 13.....	62
Figura 16 - Genograma e ecomapa família 14.....	64
Figura 17 - Genograma e ecomapa família 15.....	66
Figura 18 - Genograma e ecomapa família 16.....	68
Figura 19 - Genograma e ecomapa família 17.....	70

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Características dos pais participantes do estudo.....	34
Quadro 2 - Características do nascimento e recém-nascidos.....	35

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>16</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1 O cuidado ao recém-nascido prematuro e sua família durante a internação na UTIN</b> .....	<b>17</b>
<b>3.2 Modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar de McCubbin e McCubbin</b> .....	<b>21</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>24</b>
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>24</b>
<b>4.2 Cenário do estudo</b> .....	<b>24</b>
<b>4.3 Participantes da pesquisa</b> .....	<b>26</b>
<b>4.4 Coleta de dados</b> .....	<b>26</b>
4.4.1 Roteiro de entrevista semiestruturado .....	27
4.4.2 Genograma.....	27
4.4.3 Ecomapa .....	28
4.4.4 Procedimento de coleta de dados .....	28
<b>4.5 Tratamento e análise dos dados</b> .....	<b>30</b>
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>33</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>6.1 Caracterização dos pais e mães participantes do estudo</b> .....	<b>34</b>
<b>6.2 Caracterização do nascimento e dos recém-nascidos</b> .....	<b>35</b>
<b>6.3 Análise individual das famílias</b> .....	<b>36</b>
<b>6.4 Análise das categorias</b> .....	<b>71</b>
6.4.1 Apreciação de mães e pais sobre a internação de um recém-nascido prematuro em UTIN.....	71
6.4.2 Vulnerabilidade da família .....	85
6.4.3 Resolução de problemas e <i>coping</i> familiar.....	93
6.4.4 Apoio social.....	102
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>114</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE</b> .....	<b>121</b>

<b>APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE</b> .....	<b>123</b>
<b>APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE D - ROTEIRO PARA CONSTRUÇÃO DO GENOGRAMA E ECOMAPA</b> .....	<b>128</b>
<b>APÊNDICE E - SISTEMA DE CÓDIGOS UTILIZADO PARA A CATEGORIZAÇÃO</b> <b>DOS DADOS.....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM</b> <b>PESQUISA .....</b>	<b>131</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A prevalência de nascimentos prematuros<sup>1</sup> apresenta uma tendência crescente em vários países. Estima-se que a cada ano nascem cerca de 15 milhões de recém-nascidos antes de completar a 37<sup>a</sup> semana de idade gestacional. Este é um fato alarmante em virtude da prematuridade ser a principal causa das mortes neonatais e pela influência no crescimento e desenvolvimento infantil dos sobreviventes, além de ser responsável por elevados custos de atenção, com repercussão direta na economia e na vida das famílias (BLENCOWE *et al.*, 2012; MATIJASEVICH *et al.*, 2013).

O Brasil assume a décima colocação em relação ao número de partos prematuros, com uma prevalência de 11,8% no ano de 2011 (MATIJASEVICH *et al.*, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Minas Gerais (MG) é o segundo estado com o maior número de nascimentos prematuros, superado apenas pelo Distrito Federal. Entre os anos de 2000 e 2011, estimativas corrigidas de prevalência de partos prematuros passaram de 12,4% para 12,9%, respectivamente, no estado (MATIJASEVICH *et al.*, 2013).

Inúmeros avanços proporcionados pelo desenvolvimento tecnológico, científico e terapêutico que ocorreram nos últimos anos no âmbito da terapia intensiva neonatal e a melhora da qualidade da assistência perinatal apontam para uma nova realidade: a sobrevivência significativa de recém-nascidos pré-termo (RNPT) e de baixo peso, especialmente aqueles de extremo baixo peso (peso inferior a 1.000g) e de muito baixo peso (peso inferior a 1.500g). Esse fato mostra que as vidas de um número crescente de bebês e famílias estão sendo moldadas por suas experiências no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014; LUNDQVIST; WEIS; SIVBERG, 2019; SANTOS *et al.*, 2013).

O nascimento prematuro é um evento complexo que apresenta duas consequências principais, quais sejam: condições médicas e neurofisiológicas do recém-nascido, colocando-o em situação de risco (particularmente bebês com um peso inferior a 1.500 gramas e com uma idade gestacional inferior a 32 semanas) e a possibilidade de impacto nas interações entre pais e filhos e estabelecimento de vínculo (IONIO *et al.*, 2016).

Ao longo da gestação, pai e mãe alimentam um desejo de ter um bebê saudável e poder levá-lo para a casa após o nascimento, entretanto, quando são separados do filho em virtude da necessidade de hospitalização, a euforia da chegada de um novo ser dá lugar a uma variedade de sentimentos, expressos pelo medo, frustração, culpa e ansiedade. Os pais vivenciam um estado inicial de choque desencadeado pelo nascimento inesperado de uma criança em

condições adversas, além de serem confrontados por uma realidade que difere da idealizada por eles, caracterizada por um recém-nascido de aspecto frágil que necessita de cuidados específicos (SCHMIDT *et al.*, 2012).

Isso nos permite considerar que o nascimento de um bebê prematuro e sua internação numa UTIN configuram-se como situação de crise, com repercussões sobre todo o grupo familiar que podem comprometer o estabelecimento dos vínculos afetivos, a qualidade de vida familiar e os cuidados destinados ao bebê, bem como a sua trajetória de desenvolvimento (CUSTODIO *et al.*, 2014; LASIUK *et al.*, 2013; MAGHAIREH *et al.*, 2016).

Pais e mães de recém-nascidos prematuros vivenciam uma experiência estressante permeada por sentimentos de medo, ansiedade, preocupação, angústia e perda (IONIO *et al.*, 2016; STACEY; OSBORN; SALKOVSKIS, 2015). Essas sensações estão associadas ao aspecto frágil e pequeno do recém-nascido, à exposição do bebê a procedimentos dolorosos, à instabilidade clínica, à alteração do papel parental, ao relacionamento conflituoso com a equipe assistencial e a mudanças na rotina familiar (KLEGER *et al.*, 2019; LUNDQVIST; WEIS; SIVBERG; 2019; MAGHAIREH *et al.*, 2016).

A vivência dessa experiência traz implicações na condição de saúde de pais e mães, os quais passam por problemas psicológicos e emocionais como depressão, ansiedade, distúrbio do sono, sofrimento e isolamento (MAGHAIREH *et al.*, 2016). A literatura aponta também que as repercussões na vida dos pais se mantêm após a alta hospitalar, com a identificação de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e depressão pós-parto (DPP). (LUNDQVIST; WEIS; SIVBERG, 2019; SHAW *et al.*, 2013).

As emoções negativas decorrentes de ter um filho prematuro e a falta de formação de vínculo podem se traduzir em uma incapacidade dos pais de interagirem e se relacionarem efetivamente com o bebê, prejudicando a capacidade de participar dos cuidados necessários ao bem-estar e desenvolvimento da criança (YANG *et al.*, 2017).

O processo de hospitalização do recém-nascido prematuro, na maioria das vezes inesperado, repercute de forma significativa na dinâmica e estrutura familiar, modificando os relacionamentos familiares e os próprios membros da família. A permanência constante dos pais no hospital exige que as tarefas diárias sejam direcionadas para outras pessoas. Dessa forma, pai e mãe vivenciam mudanças no lar, no trabalho e no cuidado com os demais filhos. Diante dessa experiência, a família tem que acionar os recursos disponíveis para o enfrentamento das demandas decorrentes da doença e hospitalização do prematuro (SANTOS *et al.*, 2013).

O ser humano tem a capacidade de superar adversidades e situações traumáticas, como o nascimento de um bebê prematuro, por meio de um processo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise, o qual é denominado resiliência. Esse fenômeno é complexo, dinâmico e resulta da interação entre o ser humano e o seu ambiente (MARTINS; ZERBETTO; DUBAS, 2013).

No que concerne à resiliência familiar, considera-se família resiliente aquela que resiste aos problemas decorrentes de mudanças e que se adapta às situações de crise. Esse processo é determinado tanto por recursos internos da família quanto por recursos externos da comunidade e fatores espirituais (MARTINS; ZERBETTO; DUBAS, 2013).

Percebe-se que o nascimento do recém-nascido prematuro e a sua conseqüente hospitalização prolongada geram um momento de crise para a família, exigindo a utilização de mecanismos de enfrentamento que, assim como em outras condições estressantes, podem conduzir a uma boa adaptação ou a uma disfunção familiar.

A adaptação compreende um conjunto de padrões de comportamento e de competências funcionais que as famílias revelam quando são confrontadas com situações adversas e geradoras de estresse e que determinam a capacidade da família de manter a sua integridade e recuperar ou manter o bem-estar familiar (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A prática na UTIN permite evidenciar que algumas famílias têm uma adaptação bem-sucedida à situação de hospitalização do recém-nascido prematuro, enquanto outras não. Esse fato suscita indagações a respeito de quais fatores estão envolvidos nesse processo e como eles determinam a adaptação familiar.

Sabe-se que a vulnerabilidade da família é um fator que interfere no processo de adaptação à hospitalização do recém-nascido prematuro. A vulnerabilidade refere-se ao acúmulo ou não de demandas na unidade familiar, como condições de trabalho dos pais, responsabilidades assumidas, estado de saúde, aspectos financeiros, nível educacional e condições de moradia (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993). A internação prolongada exige, por exemplo, recursos para locomoção do familiar que visita o recém-nascido, diminuição da renda de familiares que desempenham atividades de trabalho informal e com a permanência na unidade hospitalar deixam de realizá-lo, necessidade de direcionar a outras pessoas o cuidado com os demais filhos dentre outros (SANTOS *et al.*, 2013).

Outro componente que pode influenciar na adaptação dos pais à internação do prematuro é a avaliação que eles mesmos fazem acerca do nascimento prematuro. A literatura indica que o maior conhecimento sobre as questões de desenvolvimento relacionadas à prematuridade faz com que as mães tenham uma avaliação negativa em virtude das implicações

que podem trazer aos seus filhos (YANG *et al.*, 2017). Por outro lado, outros estudos evidenciam que a falta de conhecimento da real situação clínica do recém-nascido aumenta os sentimentos negativos da família (SANTOS *et al.*, 2013). A avaliação influencia todo o processo, uma vez que o estressor pode ser percebido como algo muito ruim e que não pode ser controlado, ou como um desafio que a família pode superar (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

Ademais, as estratégias de enfrentamento utilizadas pela família para gerir essa situação de crise afetam a adaptação. Sendo assim, alguns pais optam por uma postura que nega a situação, enquanto outros escolhem estratégias de comunicação e envolvimento nos cuidados do filho (SHAW *et al.*, 2013).

Outros fatores que podem influenciar positivamente esse processo de adaptação são: o auxílio do cônjuge, os grupos de apoio com pais que passam pela mesma situação, o comportamento e a comunicação com a equipe assistencial, a existência de uma rede de apoio, nível educacional, entre outros (SHAW *et al.*, 2013; YANG *et al.*, 2017).

A adaptação é fundamental para manutenção do funcionamento familiar e, nesse caso específico, possibilita a manutenção dos cuidados à criança e, conseqüentemente, o seu crescimento e desenvolvimento (ARNOLD *et al.*, 2013).

Existem estudos que abordam aspectos relacionados ao processo de adaptação familiar ao nascimento de um recém-nascido prematuro. No entanto, essas pesquisas mantêm o foco na fase crônica da internação e não na aguda, período no qual pode ocorrer uma necessidade maior de acionar recursos de enfrentamento (OLIVEIRA *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2013). Além disso, exploram aspectos relacionados aos cuidados domiciliares com o recém-nascido egresso de UTIN (COUTO; PRAÇA, 2012). Outra característica dos estudos nessa temática é a ênfase nas vivências maternas (FELIPE; SOUZA; CARVALHO, 2014; WOODWARD *et al.*, 2014). Considerando a repercussão sobre a família como um todo, identifica-se a necessidade de investigações que tenham como perspectiva as famílias.

Nas últimas décadas, ocorreram avanços no sentido de proporcionar cuidados às famílias dos recém-nascidos prematuros internados em UTIN e que puderam favorecer a adaptação, como programas e ações governamentais que ampliaram o foco para questões psicossociais, garantindo a presença de um acompanhante para a criança durante toda a internação, a inclusão da família no processo de tomada de decisões e o seu envolvimento nos cuidados da criança, contribuindo para a formação do vínculo (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013). Entretanto, maiores entendimentos ainda são necessários a fim de esclarecer como se dá o processo de adaptação familiar diante da situação relatada.

A literatura evidencia que a identificação antecipada de recursos pode auxiliar na adaptação (PINELLI, 2000). Sendo assim, pesquisas que explorem o processo de adaptação dos pais durante o período de hospitalização dos seus filhos na UTIN podem oferecer uma melhor compreensão sobre essa experiência e dar subsídios para intervenções que os auxiliem na utilização de recursos para gerenciar esta situação de forma a se adaptarem.

Parte-se do pressuposto de que o processo de adaptação da família à situação de ter um filho prematuro internado na UTIN é influenciado por fatores que podem contribuir para criar diferentes oportunidades ou condições de enfrentamento à situação. A apreciação da família sobre essa situação, as suas vulnerabilidades e as estratégias de enfrentamento por eles utilizadas podem interferir no processo de adaptação.

Nessa perspectiva, foram feitos os seguintes questionamentos para orientar a condução desse estudo: Qual apreciação que a família tem frente à internação do recém-nascido prematuro? Considerando as demandas da unidade familiar, a quais tipos de vulnerabilidades a família está exposta durante a internação do recém-nascido prematuro? Quais são as estratégias utilizadas pela família para enfrentarem essa situação de crise? E quais são as fontes de apoio da família nesse momento?

Evidências acerca das potencialidades individuais e familiares para lidar com as situações que envolvem a internação de um prematuro poderão subsidiar práticas de cuidados que atendam as demandas e que encorajem a família a reconhecer essas potencialidades, auxiliando-a, dessa forma, no seu processo adaptativo.

A motivação para a realização desse estudo partiu da experiência da pesquisadora como enfermeira na UTIN, aonde é notória a mobilização da equipe assistencial a fim de atender às necessidades biológicas do recém-nascido prematuro. Entretanto, há um certo desconhecimento em relação a como esta equipe pode atuar de forma a auxiliar as famílias no processo de adaptação a internação do filho prematuro.

Acredita-se que os achados desse estudo poderão contribuir com a produção de conhecimento acerca de como as famílias se adaptam ao cuidado de recém-nascidos prematuros, fornecendo subsídios para uma prática baseada em evidências, com a fundamentação de ações que possibilitem a promoção da adaptação familiar ao cuidado dos seus filhos no contexto da UTIN, a fim de contribuir para a saúde e desenvolvimento infantil.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender o processo de adaptação parental de pais e mães de RN prematuros assistidos na UTIN no período inicial da internação.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Compreender a vulnerabilidade de pais e mães de RN prematuros assistidos na UTIN;
- Identificar a avaliação da família sobre a internação do RN prematuro em UTIN;
- Examinar a capacidade de resolução de problemas e enfrentamento e o suporte social de pais e mães de RN prematuros assistidos em UTIN.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O cuidado ao recém-nascido prematuro e sua família durante a internação na UTIN

O nascimento e a conseqüente internação do RN prematuro trazem inúmeras implicações nas relações dentro da estrutura familiar com repercussões tanto para a função familiar a curto ou longo prazo como para o crescimento e desenvolvimento da criança (PINELLI, 2000).

Destaca-se o estresse vivenciado pelos pais durante a internação do filho na UTIN, expresso por sentimentos negativos durante este período, podendo até mesmo trazer repercussões a longo prazo, com implicações na vida dos pais, inclusive após a alta hospitalar. As principais conseqüências são transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e depressão pós-parto (DPP), que podem impactar nas relações entre pais e filhos e no desenvolvimento dos bebês (LUNDQVIST; WEIS; SIVBERG, 2019; SHAW *et al.*, 2013).

Além dos efeitos na saúde e bem-estar dos pais, tem-se observado que os bebês prematuros internados em UTIN têm um risco aumentado de apresentar alterações em seu desenvolvimento cognitivo e psíquico, como autismo, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), além de depressão e fobias. Os estudos sugerem que essas alterações estão relacionadas especialmente às dificuldades encontradas no estabelecimento para manter os vínculos iniciais primordiais entre o bebê e seus pais, que ocorrem em virtude da privação ou descontinuidade do contato físico pela separação. A internação constitui-se, portanto, como um agravante à medida que afasta dos pais o papel parental em prol da necessidade de cuidados médicos do RN (CAVAGGIONI; TOMAZ; BENINCASA, 2017).

A maioria dos estudos acerca do estresse vivenciado por mães e pais de RN prematuros relaciona esse estado a alteração do papel parental. Diante da internação de seus filhos na UTIN, os genitores não sentem que estão desempenhando as suas funções como mães e pais. Ademais, o relacionamento conflituoso com a equipe assistencial também se destaca como uma das causas do estresse vivenciado pelos pais, entre outros fatores (MAGHAIREH *et al.*, 2016; WOODWARD *et al.*, 2014).

As reações negativas apresentadas pelos pais e a dificuldade em desempenhar o papel parental podem ser agravados se a equipe que assiste esses recém-nascidos não oferece a devida importância à necessidade de estabelecimento de contato precoce entre pais e filhos para a formação de vínculo e desenvolvimento do papel parental (SILVA *et al.*, 2016).

Considerando as repercussões que a qualidade do relacionamento entre pais e equipe assistencial pode ter nos sentimentos e no processo de construção da parentalidade, ressalta-se que o cuidado na UTIN deve favorecer não só o atendimento de necessidades biológicas do recém-nascido prematuro, sendo fundamental também o cuidado com os primeiros vínculos estabelecidos entre pais e bebês, como forma de promover o bem-estar da família e o fortalecimento do vínculo entre mãe-pai e bebê.

O processo para construção do vínculo inicia-se antes mesmo do nascimento do bebê. Klaus e Kennell (1992) afirmam que durante a gestação a mulher experimenta de forma direta as transformações de seu corpo, sente os movimentos, as sensações e, a partir dessas primeiras marcas, o bebê passa a ser idealizado no seu imaginário. Porém, nem sempre o bebê idealizado condiz com o filho real após o nascimento. A interrupção abrupta de todo um processo preparatório que é a gestação, impossibilita a mãe de um bebê prematuro experimentar a passagem do “bebê imaginário para o bebê real”, necessitando de mais ajustes para se adaptar ao bebê real (KLAUS; KENNEL, 1992).

Durante os últimos meses de gravidez e nos primeiros após o parto, a mãe se prepara para atender às necessidades do bebê, por meio de um estado determinado por Winnicott como “preocupação materno-primária”, uma condição psicológica na qual a mãe vive uma sensibilidade aumentada que a permite identificar-se com o bebê, percebendo qualquer necessidade por parte do seu filho. A mãe do bebê prematuro, sem poder se preparar para essa adaptação, sofre dificuldades durante o processo (WINNICOTT, 2006).

O autor ainda nos contempla com o conceito de “holding”, o qual está ligado à capacidade da mãe de identificar-se com o seu bebê de forma a protegê-lo de agressões, considerando a sensibilidade cutânea, a rotina de cuidados e mudanças físicas e psicológicas do cotidiano (WINNICOTT, 2006).

A formação do vínculo depende de uma relação construída entre mãe e bebê quando a primeira supre as necessidades do segundo. Por meio dos cuidados, ocorre a formação do vínculo, uma vez que esses constituem um elo afetivo entre a mãe e o bebê através do toque, do calor humano, da linguagem, do olhar, do sorriso e do colo. É a partir da criação de vínculos que se desenvolve o apego, base para que a criança desenvolva um sentido do que ela é e de como poderá evoluir (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2018).

Bowlby, ao elaborar a Teoria do Apego, postula o apego como um mecanismo básico dos seres humanos. Segundo essa teoria, o relacionamento da criança com os pais é instaurado por um conjunto de sinais inatos do bebê, que demandam proximidade. Com o passar do tempo, um verdadeiro vínculo afetivo se desenvolve, garantido pelas capacidades cognitivas e

emocionais da criança, assim como pela consistência dos procedimentos de cuidado, pela sensibilidade e responsividade dos cuidadores. Ele ressalta que as experiências precoces com o cuidador primário iniciam o que depois se generalizará nas expectativas sobre si mesmo, dos outros e do mundo em geral, com implicações importantes na personalidade em desenvolvimento (BOWLBY, 1989).

O apego é crucial para a sobrevivência e desenvolvimento do bebê. Esse vínculo entre pais e bebê é necessário para a criança desenvolver um sentido sobre si mesma e é determinante da qualidade de todos os laços futuros que a criança irá estabelecer com outros indivíduos (KLAUS; KENNEL, 1992). Dessa forma, torna-se imperativo incentivar a aproximação dos pais na fase aguda da internação.

Assim como os pais se deparam com a necessidade de desempenhar o seu papel de forma “prematura”, o bebê prematuro também não consegue ser responsivo, pois seu desenvolvimento depende, em grande parte, da intervenção da equipe da UTIN e sua capacidade de respostas aos estímulos externos não corresponde às expectativas de seus pais, podendo dificultar ainda mais o desenvolvimento do vínculo (ANDREANI; CUSTODIO; CREPALDI; 2006).

A internação do filho na UTIN e a necessidade de um cuidado especializado proporcionado por profissionais pode retardar esse processo de vínculo e apego de tal forma que a auto- confiança dos pais pode ficar abalada e, por conseguinte, interferir na capacidade de criarem o filho (ARRUDA; MARCON, 2010). É frequente os sentirem-se impotentes e incapazes de promover os cuidados dos quais os filhos necessitam.

Verificamos, portanto, que a hospitalização interfere na adaptação à parentalidade pois poderá constituir um impedimento à relação e vinculação mãe/pai e filho. A transição para a parentalidade requer reorganização de identidade e papéis, sendo considerada uma das mais dramáticas e intensas que o sistema familiar enfrenta. A aquisição de competências parentais, ou capacidade para cuidar dos filhos e responder adequadamente às suas necessidades exige aptidões para criar e coordenar respostas flexíveis e adaptativas, a curto e longo prazo, face às exigências associadas à realização das tarefas (MARTINS; ABREU; FIGUEIREDO, 2017).

Sendo assim, o contato precoce entre pais e filhos após o nascimento é especialmente importante para que haja a construção do vínculo. A compreensão pelos pais dos sinais comportamentais e fisiológicos do bebê permite que eles atendam às necessidades do filho de maneira adequada e oportuna. Isso faz com que se sintam capazes de desempenhar o seu papel e também possibilita o desenvolvimento do apego seguro entre eles (BAYLIS *et al.*, 2014).

Durante a estadia do bebê prematuro na UTIN, os pais passam por diferentes fases e as suas necessidades se modificam em cada uma delas. A fase aguda, foco do presente estudo, inicia-se no momento da admissão e persiste ao longo dos dias que a procedem, tendo duração indeterminada. Nesse momento, a família anseia por informações detalhadas sobre o filho, entretanto, devido à sobrecarga da situação, podem não saber como pedir essas informações à equipe de saúde. Sendo assim, a equipe deve promover o acolhimento dos pais, estabelecendo comunicação e iniciando a construção de uma relação de confiança (FRELLO; CARRARO, 2012).

Embora a equipe da UTIN reconheça a importância do envolvimento da família na realização do cuidado, nem sempre a presença e empoderamento da mesma é favorecida, podendo ser ainda mais restritiva em relação aos pais, devido à hegemonia cultural do papel da mãe no cuidado e responsabilidade com o filho. Diante do esforço dos pais e das mães de serem mais participativos, tem-se uma disputa de poder entre eles e os profissionais, gerando importantes tensões. Isto torna desafiante estabelecer relações favorecedoras de autonomia e que possibilitem coexistir o cuidado dos familiares e dos profissionais (DUARTE; SENA; TAVARES, 2010).

A adaptação da família a essa situação varia de acordo com os seus próprios recursos íntimos, de suporte familiar e social. A atuação da equipe da UTIN de forma multidisciplinar pode ser capaz de amenizar as consequências da internação do RN prematuro. Para tanto, a equipe deve favorecer o engajamento e participação da família nos cuidados hospitalares dos bebês prematuros, desempenhando o seu papel de conhecer os medos, dificuldades, sentimentos e necessidades dos pais, servindo de apoio e orientação, respeitando o conhecimento parental da criança e o seu direito como pais na tomada de decisões e no processo de prestação de cuidados (SILVA *et al.*, 2018).

Dessa forma, destacam-se algumas atividades fundamentais para serem desenvolvidas junto à família durante a internação do bebê, dentre elas pode-se citar: um acompanhamento sistematizado aos pais nas primeiras visitas a UTIN; informações sobre as condições do bebê utilizando uma linguagem que seja acessível; respostas às questões e suporte emocional na forma de empatia e compreensão; encorajamento à visita e ao toque; incentivar o envolvimento por meio dos cuidados, além de informar acerca dos procedimentos e tratamentos realizados (FRELLO; CARRARO, 2012).

Ao proporcionar um cuidado individualizado ao RN e a sua família, com o desenvolvimento das ações supracitadas, acredita-se que haverá uma melhora da qualidade da assistência, possibilitando a humanização e integralidade do cuidado.

### **3.2 Modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar de McCubbin e McCubbin**

O referencial teórico e metodológico que irá orientar este estudo é o Modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar de McCubbin e McCubbin (1993). A escolha desse referencial se deu pela possibilidade que oferece à compreensão do processo de adaptação e mudanças familiares em resposta a uma situação geradora de crise familiar. Dentre essas situações, destaca-se o nascimento e conseqüente internação do recém-nascido prematuro em UTIN.

Esse modelo foi desenvolvido para explicar porque algumas famílias, diante de situações similares, são mais resilientes que outras e têm melhores condições para se ajustar e se adaptar ao estresse e à crise. Entende-se por resiliência como a capacidade do indivíduo ou da família de se recuperar ou superar uma situação de crise ou adversidade, mantendo sua integridade e restabelecendo o equilíbrio familiar (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

O modelo é composto pelas fases de ajustamento e de adaptação e consiste em diversos componentes que se interagem e interferem no processo familiar, podendo levar a um resultado bem-sucedido ou não de adaptação diante de um evento estressor, que requer novas mudanças no padrão de funcionamento da família. Tais componentes referem-se à vulnerabilidade da família, tipo de família, apreciação da família, recursos da família (aqui representados pelo apoio social) e resolução de problemas e  *coping*  familiar (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A fase de ajustamento refere-se ao modo como a família responde ao elemento estressor que requer mudanças temporárias ou pouco significativas no sistema familiar, representando a primeira resposta da família ao estressor. Ela se constitui no período de ajustamento da família para lidar com o estressor, provocando mudanças menores e de curto prazo em seu funcionamento. Essa fase apresenta importantes elementos que interagem entre si ao longo do processo e podem resultar em um bom ou mau ajustamento. O bom ajustamento familiar expressa a facilidade da família em lidar com a situação estressante, refletindo em ajustes mínimos para manter o equilíbrio familiar. Todavia, se as demandas provocadas pelo fator estressor exigem mudanças maiores no funcionamento familiar e o mau ajustamento ocorre, então a família experimenta uma situação de crise e passa para a fase de adaptação do modelo (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A fase de adaptação surge quando a família se depara com a situação de crise e é incapaz de restabelecer o equilíbrio. Essa circunstância exige mudanças de longo prazo no sistema familiar. A boa adaptação ocorre quando a família consegue responder às exigências que lhes

são impostas, permitindo-se, assim, alcançar novamente o equilíbrio familiar. No entanto, quando a família não é capaz de atingir a adaptação, retorna a situação de crise e inicia um novo ciclo de adaptação até que seja alcançada a harmonia familiar (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A partir do acontecimento de um evento estressor que afeta um dos membros da família, a interação de vários componentes determina a adaptação bem-sucedida ou não da família frente a essa situação. Nesse estudo, o evento estressor foi considerado como a internação do recém-nascido prematuro na UTIN.

Os autores consideram que o sistema familiar e o seu funcionamento envolvem um complexo processo de interação de indivíduos, de diferentes personalidades, características das unidades familiares que influenciam a forma como a família lida em situações de estresse ou crise. As mudanças podem levar a uma adaptação bem sucedida, o que significa que a família é capaz de se estabilizar com padrões instituídos no local, promover o desenvolvimento individual de seus membros e obter um senso de coerência e congruência mesmo quando confrontado com uma doença e grandes mudanças. No entanto, as mudanças também podem resultar em adaptações infrutíferas e inadaptação, de modo que os membros da família sacrificam o desenvolvimento pessoal e o crescimento, a unidade familiar funciona em um estado mais caótico e o sentimento geral de bem-estar, confiança e senso de ordem da família e a coerência tornam-se muito baixos (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

Um estressor é definido como uma demanda que surge na família e que gera ou tem o potencial para causar mudanças no sistema familiar. Sua severidade pode variar de acordo com a intensidade com que o estressor e suas demandas prejudicam a estabilidade da família como unidade (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A compreensão de vulnerabilidade está relacionada à frágil condição interpessoal e organizacional do sistema familiar. Essa condição é determinada pelo acúmulo ou não de demandas dentro da unidade familiar, tais como problemas financeiros, de saúde e mudanças de trabalho dos membros da família e também por problemas comuns ao ciclo de vida em que a família se encontra (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A avaliação cognitiva compreende a avaliação dos estressores, a avaliação da situação em si, do esquema familiar e o julgamento que a família faz sobre a gravidade de um estressor e as dificuldades relacionadas. Essa avaliação sobre o evento estressor influencia todo o processo (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

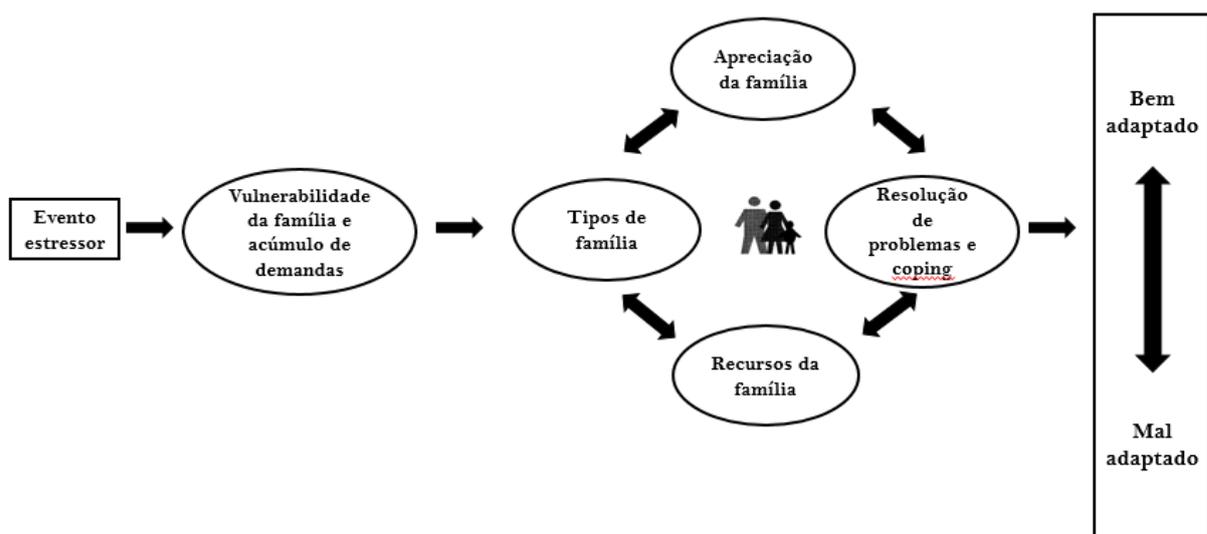
A resolução de problemas e as estratégias de *coping* compreendem ações e habilidades que as famílias usam para lidar com os estressores. Envolve a capacidade da família de

gerenciar um estressor, identificar caminhos alternativos e desenvolver padrões de resolução de problemas. As estratégias de *coping* referem-se às estratégias, padrões e comportamentos da família destinados a manter ou fortalecer a família como um todo, manter a estabilidade emocional e o bem-estar de seus membros, obter ou usar recursos da família e da comunidade para gerenciar a situação e iniciar esforços para resolver as dificuldades familiares criadas por um estressor. O *coping* refere-se a uma ampla gama de comportamentos que os membros da família usam para gerenciar um estressor (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

O suporte social refere-se a todas as pessoas ou instituições que a família usa como fator de proteção frente à situação adversa. Entre esses fatores estão os recursos informais (membros da família, família estendida ou amigos) e os recursos formais (serviço social ou médico) (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

O uso desse modelo por profissionais de saúde, que atuam na assistência às famílias que vivenciam situações de doença, pode ser útil por permitir que esses profissionais identifiquem o funcionamento do sistema familiar, identificando potencialidades, necessidades e capacidades das famílias, orientando intervenções que promovam a sua adaptação (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993). A representação do modelo pode ser observada na Figura 1.

Figura 1- Representação adaptada do Modelo de Resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar.



Fonte: McCubbin e McCubbin (1993).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório. Esse estudo é parte da pesquisa coordenada por Profa. Dra. Elysangela Dittz Duarte intitulada “Adaptação Familiar a situação de nascimento prematuro durante a internação na UTIN, no 1º, 6º e 9º mês após a alta hospitalar: estudo longitudinal e com métodos mistos” (DUARTE, 2017), financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG 001/2017).

A escolha pelo método qualitativo para a condução desse estudo justifica-se pela possibilidade de se apreender os sentidos e significados atribuídos pelos pais e mães à internação do filho prematuro em UTIN.

O método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, de crenças, percepções e opiniões que resultam das interpretações que os humanos fazem acerca de como vivem, sentem e pensam. Ainda, favorece a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2013). Sendo assim, esse método mostra-se útil à compreensão sobre o processo de adaptação familiar ao cuidado de RN prematuros internados em UTIN.

A pesquisa qualitativa prevê uma abordagem interpretativa e naturalística do mundo. Para tanto, aqueles que utilizam esse tipo de investigação devem estudar as coisas dentro de seus contextos naturais visando entender ou interpretar os fenômenos a partir do significado que as pessoas lhes atribuem (DENZIN; LINCOLN, 2006). A fim de compreender sobre como ocorre o processo de adaptação familiar à internação do RN prematuro, é necessário entender o pensamento e comportamento adotados por eles nesse contexto, sendo o método qualitativo adequado a essa finalidade.

### **4.2 Cenário do estudo**

O cenário de pesquisa foi uma UTIN de um hospital público, não-governamental da cidade de Belo Horizonte.

O hospital é uma instituição filantrópica, localizada no Distrito Sanitário Norte, na periferia de Belo Horizonte, que atende a uma população superior a 400 mil habitantes. Além de ser referência para Belo Horizonte e região metropolitana, atende outros municípios do interior do Estado de MG, recebendo as usuárias por meio da Central Reguladora da Secretaria

Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CRSMSA/BH). É especializado na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido. É referência para o Ministério da Saúde (MS) devido ao seu compromisso com a incorporação de boas práticas de atenção ao recém-nascido e a garantia dos direitos às famílias. Realiza cerca de 900 partos mensais e para o atendimento ao recém-nascido de risco, atualmente possui 41 leitos de UTIN. No ano de 2018, apresentou um total de 10.283 partos, sendo que 818 (7,9%) recém-nascidos foram admitidos na UTIN, dos quais 230 (28,2%) foram recém-nascidos com idade gestacional menor que 32 semanas (HSF, 2019).

Essa instituição é certificada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que objetiva prestar uma adequada assistência à criança e à mulher, por meio do estímulo à prática da amamentação. Adota a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, a qual implica uma mudança de paradigma na atenção ao recém-nascido e sua família, associando os avanços tecnológicos à assistência humanizada em três etapas. Inicia-se em uma fase prévia ao nascimento do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso por meio da identificação de gestantes com risco desse acontecimento; perpassa pelo período no qual a criança está na UTIN ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN). Essa primeira etapa é caracterizada pelo estímulo à entrada dos pais na unidade, ao contato pele a pele com o bebê, à lactação e ao envolvimento dos pais nos cuidados ao RN. A segunda fase exige estabilidade clínica da criança, ganho de peso regular, segurança materna, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com a criança o maior tempo desejado e possível. Já a terceira etapa se inicia com a alta hospitalar e requer acompanhamento ambulatorial criterioso do bebê e sua família (BRASIL, 2013).

A instituição direciona investimentos na qualificação dos profissionais por meio de atualizações sobre diversos aspectos relacionados a assistência ao RN, tais como aleitamento materno, método canguru, cuidados imediatos ao nascimento, entre outros. Ademais, por ser também um hospital de ensino, torna-se um espaço para a formação de profissionais, possibilitando a revisão das práticas, sendo, portanto, um importante cenário para a difusão do conhecimento produzido pelo presente estudo.

O serviço dispõe de um espaço, denominado “Espaço de Sofias”, destinado à permanência das mães durante o período no qual o recém-nascido encontra-se internado na UTIN. Nesse espaço, há grupos de encontro entre os profissionais das diversas categorias e mães. Nesses encontros, além de abordar temas relacionados ao contexto de cuidado do RN na unidade neonatal, possibilita um espaço para expressão de sentimentos, necessidades, expectativas e angústias, sendo um suporte para essas mães. Pais e mães têm livre acesso à UTIN durante 24 horas por dia. Os demais familiares podem realizar visitas diariamente aos

RN, em horários determinados, inclusive crianças, com o devido acompanhamento pela psicologia e/ou enfermagem, a fim de oferecer um suporte a essa criança. Essas ações da instituição, que proporcionam uma atenção qualificada à família, podem contribuir para o processo de adaptação.

A escolha por este cenário justifica-se por este ser também o *locus* da pesquisa que originou o presente estudo, do qual a pesquisadora também faz parte. A instituição é referência nacional para o cuidado materno infantil, atende a expressivo número de partos prematuros e possui ações amparadas por políticas que dão ênfase aos aspectos psicossociais dos recém-nascidos, com especial atenção às famílias as quais são objeto deste estudo. Ademais, considerou-se também ser o local de trabalho da pesquisadora, com possibilidades mais concretas de que os achados produzidos possam ser utilizados para a implementação de ações que contribuam para a qualificação do cuidado.

### **4.3 Participantes da pesquisa**

Participaram da pesquisa 20 (vinte) pais de recém-nascidos prematuros internados na UTIN do cenário de estudo, sendo 15 mães e 5 pais. Destes, 3 formavam um casal. Elegeram-se como critérios de inclusão no estudo pais e mães de recém-nascidos internados em UTIN com idade gestacional de nascimento igual ou inferior a 32 semanas. A fim de atender ao objetivo de compreender a adaptação no período inicial da internação, a princípio, o prazo determinado para realização da entrevista era entre sete a dez dias.

Entretanto, após o início da coleta de dados, a pesquisadora percebeu, pelos relatos dos participantes, que a partir dos primeiros contatos com o RN na UTIN, os pais já eram capazes de descrever aspectos sobre a situação vivida. Dessa forma, o período definido para a coleta dos dados passou a ser do 4º ao 12º dia de internação, criando mais oportunidades de identificação dos participantes e realização das entrevistas. Foram excluídas as mães e pais cujos recém-nascidos apresentaram qualquer tipo de malformação congênita, bem como as mães que estavam internadas durante o período considerado para a coleta de dados.

### **4.4 Coleta de dados**

Para a construção do estudo foi utilizado, na coleta de dados, um roteiro de entrevista semiestruturado com questões fundamentadas no modelo de McCubbin e McCubbin (1993), relacionadas ao contexto de internação do recém-nascido prematuro em UTIN. Além disso,

foram utilizados o genograma e ecomapa como instrumentos complementares, especialmente para ampliar a compreensão sobre o contexto familiar e as relações estabelecidas entre familiares e outras estruturas sociais.

Um diário de campo também foi utilizado pela pesquisadora para os registros de todo o procedimento de produção dos dados, das decisões tomadas durante a realização da investigação especialmente metodológicas e também referente ao que foi vivido pela pesquisadora, como os sentimentos experimentados, as impressões e reflexões, os quais foram úteis para a coerência do processo de investigação e análise dos dados.

#### 4.4.1 Roteiro de entrevista semiestruturado

A construção do roteiro de entrevista semiestruturado foi orientada pelo modelo de Resiliência, Estresse, Ajustamento e Adaptação Familiar de McCubbin e McCubbin (1993) e teve como objetivo orientar um diálogo a fim de apreender, sob a perspectiva de pais e mães, acerca do processo de adaptação familiar ao cuidado de RN prematuros internados em UTIN.

Para tanto, o instrumento continha aspectos relacionados à caracterização dos pais, do nascimento da criança, bem como questões norteadoras com o intuito de identificar as vulnerabilidades, a avaliação sobre o nascimento prematuro, o apoio social e as formas de enfrentamento utilizadas (APÊNDICE C), possibilitando um direcionamento para a interlocução. Dessa forma, permitiu um aprofundamento nessa complexa experiência vivida pelas famílias investigadas, proporcionando uma aproximação da experiência familiar no processo de adaptação ao cuidado de RN prematuros internados em UTIN.

#### 4.4.2 Genograma

O genograma é uma representação gráfica de informações sobre a família. A sua construção possibilita a visualização da dinâmica familiar e das relações entre seus membros, por meio de símbolos e códigos padronizados, em pelo menos três gerações. Contém informações sobre eventos importante na história da família, tais como separação, nascimentos e morte. Assim, permite reflexões acerca de um problema presente a partir do contexto amplo das relações que se apresentam, viabilizando a identificação de intervenções que podem ser úteis (NASCIMENTO; ROCHA; HAYNES, 2005).

Para a construção desse instrumento foi necessário definir uma pessoa de origem, denominada “pessoa índice”, tida como ponto referência para as relações interpessoais

familiares e geracionais de ascendência e descendência. Elegeu-se como pessoa índice o RN que se encontrava internado na UTIN.

#### 4.4.3 Ecomapa

O ecomapa consiste em um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. Representa os contatos das famílias com pessoas, instituições ou grupos. Pode indicar ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos de um determinado momento do ciclo vital da família, sendo, portanto, dinâmico (NASCIMENTO; ROCHA; HAYNES, 2005).

No ecomapa, os membros da família aparecem no centro do círculo e os contatos destes com a comunidade ou com pessoas e grupos significativos são representados nos círculos externos. A intensidade dos vínculos estabelecidos é representada por linhas, podendo ser vínculos fortes, moderados ou superficiais. As linhas com barras significam conflitos e vínculos estressantes, as setas expressam fluxo de energia e recursos, que neste estudo foram representadas considerando o auxílio no processo de adaptação (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002).

#### 4.4.4 Procedimento de coleta de dados

A busca pelos pais e mães foi realizada diariamente pela pesquisadora e pesquisadores participantes do projeto maior de investigação. Utilizou-se o censo diário das unidades neonatais, no qual constam informações sobre a caracterização dos bebês internados. Após a identificação dos possíveis participantes, foi feito um contato inicial fornecendo explicações gerais sobre o estudo e verificando a disponibilidade e interesse em participar. Vinte pais contatados aceitaram prontamente participar da pesquisa, com exceção de duas mães. Uma delas, apesar de ter apontado interesse em participar do estudo, em todas as ocasiões em que foi agendado um horário para a realização da entrevista, apresentava algum motivo que impossibilitava a coleta de dados. A fim de evitar constrangimentos, a pesquisadora ofereceu à mãe que a procurasse em algum momento que fosse oportuno para ela, fornecendo o contato telefônico. Entretanto, este contato não foi realizado. Outra mãe, por apresentar debilidade física após a sua alta, fazia visitas esporádicas a UTIN e permanecia na unidade por pouco tempo. A pesquisadora fez o convite, oportunizando a realização da coleta de dados por telefone

e apesar de também apontar interesse em participar, as tentativas de contato telefônico não obtiveram sucesso.

Além disso, houve uma dificuldade em realizar a entrevista com os pais, pelo fato de muitos serem do interior e as visitas à UTIN, geralmente, serem rápidas. A pesquisadora procurava informações sobre a ida dos pais à unidade neonatal a fim de agendar a entrevista, mas a maioria das vezes as mães não sabiam precisar o dia em que o pai iria à instituição, dificultando a marcação de um horário. A maioria das entrevistas foram realizadas no mesmo dia em que os pais foram convidados ou um a dois dias após.

A realização da entrevista ocorreu em uma sala de estudos dentro da instituição, local que possibilitou um ambiente tranquilo e reservado. Os dados foram coletados após autorização e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

A fim de verificar adequações necessárias à obtenção dos objetivos dessa pesquisa nos instrumentos de coleta de dados e na forma de condução da entrevista, foram realizadas três entrevistas até que a pesquisadora e a orientadora estivessem certas de que todos os adequações nas questões e na condução haviam sido feitos. Ressalta-se que essas entrevistas não foram utilizadas no estudo.

Enquanto conduzia a entrevista, a pesquisadora realizava um esboço das informações obtidas para a construção do genograma e ecomapa em folha de papel acompanhada pelo entrevistado. Para isso, era seguido um roteiro com as perguntas a serem realizadas. A representação gráfica da família, acompanhada pelo participante, foi essencial para permitir uma aproximação entre pesquisadora e entrevistado, possibilitando que este se sentisse mais à vontade para expressar sobre a experiência vivida.

As informações foram gravadas a fim de assegurar o registro dos dados oferecidos pelos familiares e verificar a necessidade de complementação ou adequação do desenho inicial. Posteriormente, os esboços foram digitalizados e representados graficamente através do programa *Corel DRAW*<sup>®</sup> X8. Foram gerados no total 17 genogramas e 17 ecomapas.

Na sequência foram realizadas as entrevistas. Elas também foram gravadas com autorização prévia a fim de garantir os dados em sua totalidade. As entrevistas foram transcritas na íntegra, a fim de serem analisadas e guardadas em local sigiloso (para manter a integridade dos participantes), onde permanecerão por um período de cinco anos.

A saturação teórica foi o critério usado para interromper a coleta de dados, levando-se em consideração as participantes do gênero feminino. Assim o acompanhamento dos dados produzidos após a entrevista com 15 participantes sugeriu que a saturação teórica tinha sido

alcançada (Nelson, 2016). Vale destacar que não obtivemos saturação teórica em relação aos participantes do sexo masculino, entretanto, devido a dificuldade de realização da entrevista com os pais e pela impossibilidade de estender a coleta de dados por um período mais longo, optou-se por encerrar a coleta.

Aprender a vivência de pais e mães de recém-nascidos prematuros internados em UTIN foi uma experiência enriquecedora e até mesmo transformadora. Ainda que a pesquisadora tivesse uma proximidade há algum tempo com famílias que têm seus bebês hospitalizados em UTIN, a coleta de dados permitiu um contato singular com esses pais, possibilitando uma compreensão mais ampla e sensível sobre os aspectos relacionados a vivência desta situação.

Pode-se afirmar que para alguns participantes, essa também foi uma experiência significativa. Com o encerramento da entrevista, após desligar o gravador, uma mãe referiu que aquele foi um momento no qual ela pôde desabafar. Uma outra mãe adolescente se emocionou ao final da entrevista e, pelo fato de ter expressado sintomatologia depressiva e ainda não ter sido acolhida pela equipe psicossocial da instituição, a pesquisadora sinalizou à equipe a necessidade de fazer esse acolhimento.

É importante ressaltar que a coleta de dados foi realizada por uma única pesquisadora e que, embora fosse colaboradora da instituição cenário da pesquisa, durante o período em que a coleta de dados foi realizada, ela desenvolvia atividades em uma unidade extra hospitalar. Dessa forma, buscou-se reduzir o viés por receio dos pais de expressarem os reais sentimentos vivenciados caso tivessem contato frequente com o pesquisador na UTIN.

#### **4.5 Tratamento e análise dos dados**

As entrevistas foram transcritas na íntegra e enumeradas de acordo com a ordem em que foram realizadas com cada participante. Os nomes dos pais e mães das crianças internadas na UTIN foram substituídos pelas iniciais M (mãe) e P (pai). Entretanto para representação no genograma e ecomapa optou-se por identifica-los com as iniciais de seus nomes assim como os demais membros da família que foram citados, como por exemplo: José (J.), Maria (M.) etc.

A análise procedeu seguindo-se as etapas de transcrição das entrevistas audiogravadas, desenvolvimento de um sistema de códigos, leitura e codificação das entrevistas. Foi utilizado o *software* MAXQDA<sup>®</sup>, versão 18.1 para a organização dos dados, codificação e apoio para análise.

As entrevistas foram analisadas de acordo com a análise de conteúdo direta. Esse tipo de análise pode ser utilizada quando já existe um referencial teórico sobre o fenômeno a ser

estudado com o objetivo de validar ou ampliar conceitualmente a teoria de sustentação ao estudo. Como o pesquisador tem como guia o modelo teórico, isso o ajuda a manter o foco em sua questão norteadora e fornece subsídios para a análise das variáveis de interesse, contribuindo, assim, para a definição de um esquema de código inicial determinado com base na teoria existente (HSIEH; SHANNON, 2005).

O processo de codificação das entrevistas foi realizado por meio do uso de um conjunto de códigos criado pelas pesquisadoras baseando-se no Modelo de Resiliência, Estresse, Ajustamento e Adaptação Familiar de McCubbin e McCubbin, (1993). A definição desses códigos também levou em consideração este referencial teórico.

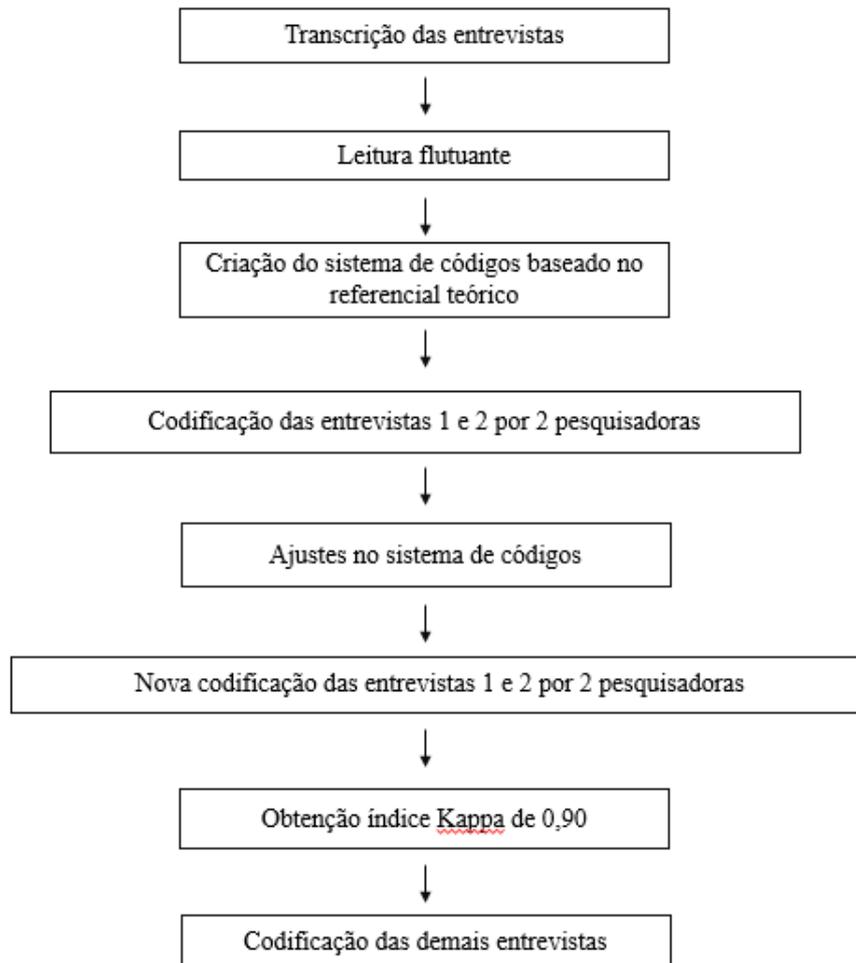
A partir da criação do sistema de códigos e de suas respectivas definições (Apêndice E), iniciou-se o processo de codificação e análise das entrevistas transcritas, que consistiu em uma leitura sistemática na qual a pesquisadora realizou o destaque de todos os trechos do texto que guardavam relação com os códigos previamente definidos, aspecto que permitiu a utilização mais acurada do referencial teórico durante o processo de análise.

Inicialmente, duas entrevistas foram codificadas simultaneamente por duas pesquisadoras. Verificou-se a necessidade de ajustes no sistema de códigos, bem como melhor definição acerca de alguns deles a fim de garantir os critérios de credibilidade e confirmabilidade. Após esses ajustes, as entrevistas foram novamente codificadas e então obtido um índice de Kappa de 0,90 para concordância entre codificadores (Cicchetti, 1994). Para o cálculo desse índice foi utilizada a ferramenta de análise de concordância de intercodificação do software MAXQDA®. A partir desse momento, seguiu-se com a codificação de todas as entrevistas. Diante de alguma dúvida acerca da codificação de determinado fragmento, as pesquisadoras discutiam de forma a tomar uma decisão consensuada, tendo como referência as definições dos códigos.

Após concluir as codificações, elas foram revisados, buscando-se verificar a homogeneidade dos temas que compunham cada um dos códigos e também a sua heterogeneidade quando comparadas entre si.

No desenvolvimento desse estudo, buscou-se atender aos critérios de credibilidade, confiabilidade e confirmabilidade (LINCOLN; GUBA, 1985). A fim de garantir credibilidade, foi realizada a discussão entre pares e a triangulação de dados, por meio da entrevista semiestruturada, do genograma e ecomapa. O critério de confiabilidade foi atendido por meio da codificação dos dados por duas pesquisadoras. A confirmabilidade foi estabelecida pela descrição detalhada de todo o processo de pesquisa, incluindo informações acerca dos participantes, de como foi o processo de coleta e análise dos dados e os instrumentos utilizados.

Figura 2 - Fluxograma de análise das entrevistas.



Fonte: elaborado pela autora (2019).

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do cenário de estudo e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob o parecer de nº 3.021.809 e seguiu todos os preceitos éticos de acordo com a resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta de dados ocorreu somente após o processo de obtenção do consentimento que culminou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) pelos participantes. Às mães adolescentes, foi solicitada a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Foi garantido o sigilo e anonimato dos informantes excluindo-se a possibilidade de identificação dos participantes no estudo a partir das suas respostas; a privacidade foi assegurada identificando-se as informações de natureza pessoal que não comprometeriam o seu direito e também a redução dos riscos associados à investigação. Este último foi buscado minimizando-se o prejuízo aos participantes decorrentes da possibilidade de constrangimento e reações emocionais. A pesquisadora agiu com sensibilidade respeitando a expressão das emoções dos participantes e ao identificar a necessidade da realização de um acolhimento do mesmo pela equipe de suporte psicossocial, a pesquisadora sinalizava esta demanda à equipe.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de apresentar os participantes da pesquisa e as condições do nascimento, buscando uma melhor compreensão sobre o objeto de estudo, foram caracterizados os pais e mães participantes do estudo e os recém-nascidos internados em UTIN, conforme mostrado nos quadros a seguir, bem como na apresentação das famílias. Essas informações nos auxiliam no entendimento do contexto vivido por cada uma dessas famílias.

### 6.1 Caracterização dos pais e mães participantes do estudo

Quadro 1- Características dos pais participantes do estudo.

	Parentesco	Reside em BH	Idade	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Trabalha atualmente	Renda	Histórico de parto prematuro	Aborto prévio
1	Mãe	Não	47	Casada	Médio completo	Vendedora	Sim	2 salários	Não	Não
2	Mãe	Sim	24	União estável	Superior incompleto	Dona de casa	Não	3 salários	Não	Não
3	Pai	Não	35	Casado	Superior completo	Administrador	Sim	6 salários	Não	Não
4	Mãe	Sim	19	União estável	Fundamental incompleto	Desempregado	Não	1 salário	Não	Sim
5	Pai	Sim	25	União estável	Fundamental incompleto	Camelô	Sim			
6	Mãe	Não	25	União estável	Fundamental incompleto	Auxiliar de produção	Sim	3 salários	Não	Não
7	Pai	Não	39	Casado	Médio completo	Lavrador	Sim	< 1 salário	Não	Não
8	Mãe	Não	26	Casada	Médio completo	Lavadora	Sim			
9	Mãe	Não	21	Solteira	Médio completo	Desempregado	Não	Não informado	Não	Não
10	Pai	Não	27	Solteiro	Fundamental incompleto	Desempregado	Não	3 salários	Não	Não
11	Mãe	Não	17	Solteira	Médio incompleto	Estudante	Não	1 salário	Não	Não
12	Mãe	Sim	41	Casada	Superior completo	Professora	Sim	10 salários	Não	Sim
13	Mãe	Não	19	Solteira	Fundamental completo	Desempregada	Não	1 salário	Não	Não
14	Mãe	Não	17	União estável	Médio incompleto	Desempregada	Não	1 salário	Não	Não
15	Pai	Não	46	Casado	Fundamental incompleto	Torneiro Mecânico	Sim	2 salários	Sim	Não
16	Mãe	Não	19	Casada	Médio completo	Dona de casa	Não	Não informado	Não	Não
17	Mãe	Não	33	União estável	Fundamental incompleto	Dona de casa	Não	1 salário	Sim	Não
18	Mãe	Não	31	Solteira	Superior completo	Auxiliar escritório	Sim	2 salários	Sim	Não
19	Mãe	Não	19	União estável	Médio incompleto	Estudante	Não	1 salário	Não	Sim
20	Mãe	Não	15	União estável	Fundamental incompleto	Estudante	Não	1 salário	Não	Não

Fonte: elaborado pela autora (2019).

Conforme apresentado no quadro 1, foram entrevistados 20 genitores, sendo 15 mães e 5 pais, com idades entre 15 a 46 anos. Destes, três constituíam casais. A maioria dos participantes não residia na cidade cenário do estudo e este fato deve-se ao perfil de atendimento da instituição, a qual é referência para todo o estado de Minas Gerais. Em relação ao estado civil, oito dos participantes mantinham união estável, sete eram casados e cinco solteiros.

A escolaridade dos participantes variou entre ensino fundamental incompleto e superior completo (três), sendo que houve uma predominância do primeiro (sete). Um participante relatou ter ensino fundamental completo, cinco ensino médio completo, três ensino médio incompleto e um ensino superior incompleto.

A maioria dos participantes não possuía emprego na ocasião da entrevista. Em relação à renda familiar mensal, um participante relatou renda inferior a um salário, a maioria referiu renda de um salário mínimo, três participantes relataram renda dois de salários, três participantes três salários, uma família 6 salários e outra com dez, além de duas participantes que não souberam informar a renda.

Em relação ao histórico de parto prematuro, 3 famílias já haviam passado por essa experiência, assim como o aborto prévio foi referido por três participantes.

## 6.2 Caracterização do nascimento e dos recém-nascidos

Quadro 2 - Características do nascimento e recém-nascidos.

	Tipo de gravidez	Duração da gestação	Via de nascimento	Conhecimento sobre a possibilidade de PP	Gênero	Dias de internação	Peso
1	Múltipla	31	Cesárea	Sim	Feminino	7	1090g
		31			Feminino		800g
2	Única	31+1	Normal	Não	Masculino	5	1630g
3	Única	32	Cesárea	Não	Feminino	7	1220g
4	Única	28	Normal	Não	Masculino	8	1325g
5						9	
6	Única	32	Cesárea	Não	Feminino	9	1330g
7	Única	30+2	Cesárea	Não	Feminino	10	1070g
8						12	
9	Única	25	Cesárea	Não	Masculino	10	510g
10							
11	Única	26+4	Normal	Não	Masculino	9	870g
12	Múltipla	32	Cesárea	Sim	Masculino	6	1530g
		32			Masculino		1015g
13	Única	31	Cesárea	Não	Feminino	5	840g
14	Única	25	Normal	Não	Feminino	5	730g
15	Única	28	Cesárea	Não	Masculino	5	770g
16	Única	29	Normal	Não	Masculino	8	1030g
17	Única	30	Normal	Não	Masculino	10	880g
18	Única	28+3	Cesárea	Não	Masculino	8	920g
19	Única	28+5	Normal	Não	Feminino	9	1170g
20	Única	30+5	Normal	Não	Masculino	4	1650g

Fonte: elaborado pela autora (2019).

Como foram realizadas 20 entrevistas, mas três envolviam casais, analisamos um total de dezessete gestações. Dessas, duas foram múltiplas. O tipo de parto predominante foi o cesáreo (nove), enquanto oito foram normais. Em relação ao gênero dos recém-nascidos, a maioria era do sexo masculino (onze) e oito do feminino. Quanto à idade gestacional (IG), a maioria dos recém-nascidos foram pré-termo (RNPT) moderado (doze); quatro foram RNPT tardio e três RNPT extremo. No que diz respeito ao peso, oito foram de extremo baixo peso, oito de muito baixo peso e três com baixo peso.

### **6.3 Análise individual das famílias**

Cada família participante do estudo foi analisada individualmente a partir da perspectiva do pai, da mãe ou de ambos. Buscou-se caracterizá-las quanto à composição familiar e como cada uma tinha lidado com a internação do recém-nascido prematuro na UTIN.

Os instrumentos genograma e ecomapa foram essenciais para favorecer a compreensão da estrutura do sistema familiar e da rede social e de apoio que sustentavam cada família, além de contribuírem para o enfrentamento do evento estressor. Embora as representações gráficas de tais instrumentos tenham sido apresentadas separadamente, destaca-se que elas mantêm relação com toda a análise do estudo, e tal relação retomada no decorrer da discussão, sempre que necessário.

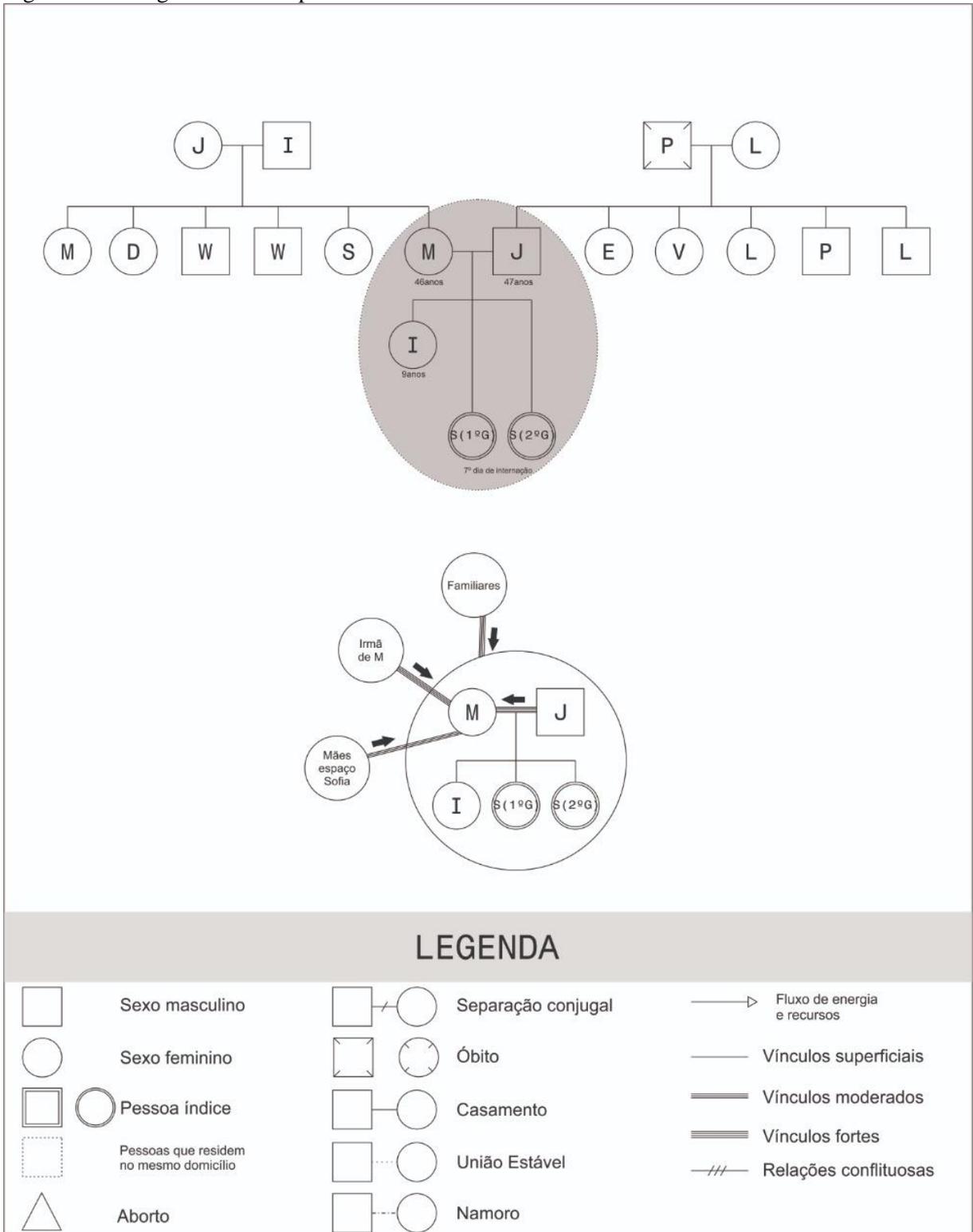
- Apresentação família 1

Sa. e So. nasceram com 31 semanas de IG, ambas do sexo feminino. A entrevista foi realizada com a mãe das gêmeas que estavam internadas na UTIN, no sétimo dia de internação. O pai J. (47) e a mãe M. (46) (participante M1) eram casados e residiam no interior juntamente com a filha mais velha, I. (9). A mãe trabalhava como vendedora e o pai realizava trabalho informal de forma esporádica. A mãe relatou que foi alertada durante o pré-natal sobre a possibilidade de ter um parto prematuro e que teria de ser encaminhada, caso isso acontecesse, pelo fato de não haver suporte adequado na sua cidade. Referiu histórico de pré-eclâmpsia na primeira gestação. Nessa gestação, permaneceu durante um período afastada do trabalho devido a alterações pressóricas e pelo fato da gestação ser de alto risco. Ao completar 31 semanas, devido a uma insuficiência placentária, a gestação teve de ser interrompida. A mãe permaneceu internada por quatro dias após o nascimento das filhas, o que a impossibilitou de vê-las nesses

primeiros dias. Nesse período, permaneceu na companhia da irmã M., com quem possuía um vínculo forte. Relatou que no dia que a irmã foi embora ficou muito triste e temeu que a pressão alterasse novamente.

M. se emocionou várias vezes durante a realização da entrevista, evidenciando o quão difícil estava sendo aquele momento para ela. No seu discurso, a palavra “medo” apareceu inúmeras vezes, relacionado tanto à condição na qual as filhas se encontravam quanto ao desconhecimento sobre os procedimentos e equipamentos. Ainda referiu que o fato da equipe assistencial não explicar os procedimentos aos quais as filhas eram submetidas aumentava a angústia e a ansiedade durante o período de internação. Naquele momento em que acompanhava as filhas na UTIN, contou com o auxílio dos familiares e também do esposo, por meio do apoio emocional e do cuidado com a outra filha que estava em casa. Destacou também o apoio das demais mães que encontravam-se no alojamento, com as quais compartilhava os sentimentos sobre ter um filho internado na UTIN e esclarecia dúvidas relacionadas principalmente aos equipamentos da unidade neonatal. M. e a sua família tinham a fé como suporte (Figura 3).

Figura 3 – Genograma e ecomapa família 1.

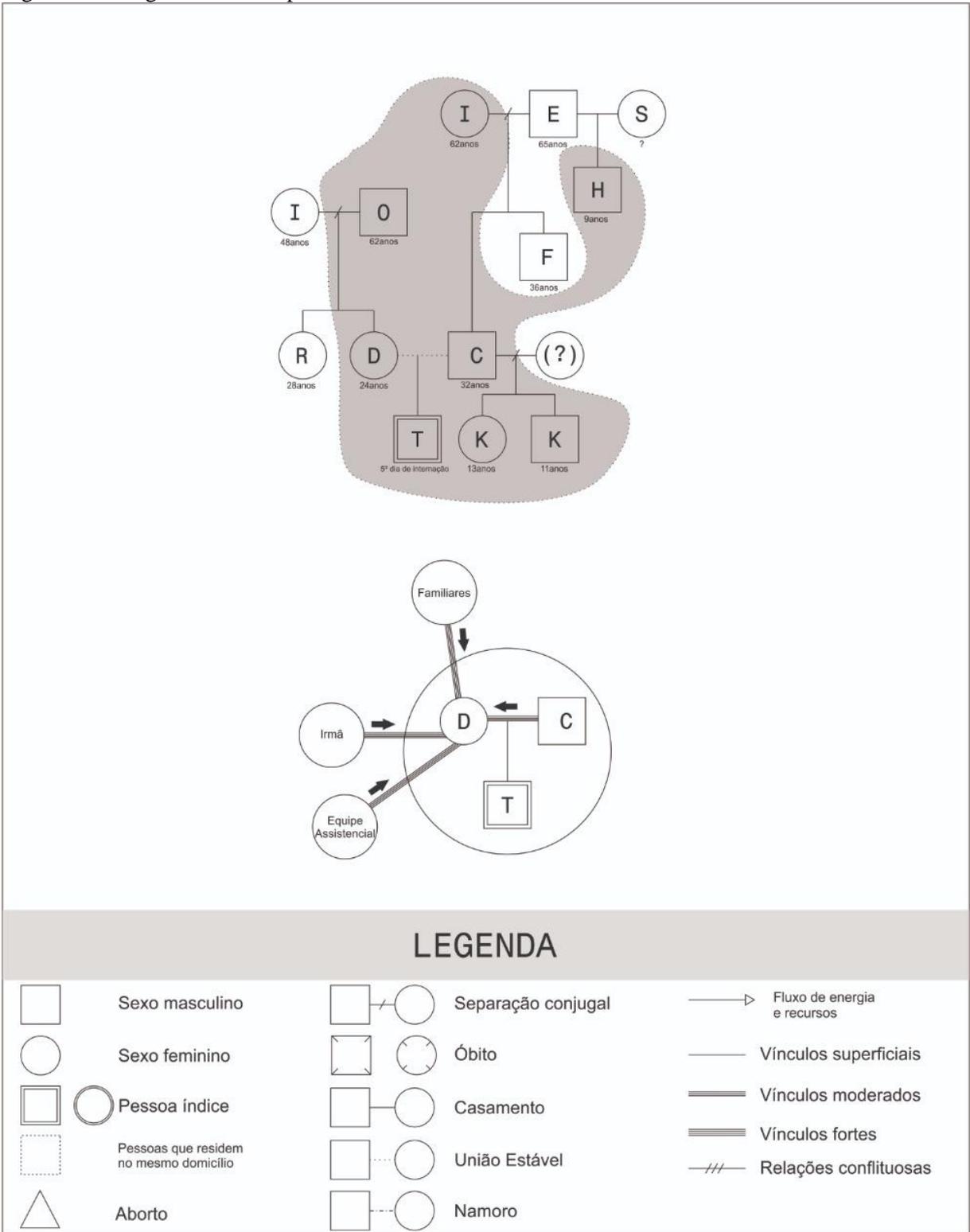


Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 2

T. nasceu com 31 semanas e 1 dia de IG, sexo masculino. A entrevista foi realizada com a mãe, D. (24) (participante M2), no quinto dia de internação do bebê. D. e o pai do bebê, C. (32), mantinham união estável há cerca de 4 anos. Eles residiam em um município vizinho à cidade cenário da pesquisa, juntamente com o avô materno, a avó paterna, um tio paterno e dois irmãos por parte de pai (uma menina de 13 anos e um menino de 11 anos). O relacionamento de D. com a sogra e com os enteados era boa. Referiu ter um bom relacionamento com o companheiro. Naquele período, D. estava desempregada. C. era proprietário de uma banca de jornal, o avô materno era aposentado e a avó paterna trabalhava como diarista. D. relatou que o seu pai tinha transtorno bipolar, entretanto, realizava o tratamento medicamentoso e não apresentava crises há anos. Possuía uma relação forte com a sua mãe que vivia no interior e durante aqueles dias estavam mantendo contato frequente por telefone, enquanto aguardava a sua vinda. Tinha uma irmã com quem mantinha um contato próximo. O casal não tinha conhecimento sobre a possibilidade de ter um parto prematuro. Ao completar 29 semanas e 5 dias de gestação, a mãe começou a perder líquido e procurou o hospital. Após avaliação, foi internada na Casa da Gestante. Naquela ocasião, foi orientada que iriam interromper a gestação entre 32 e 34 semanas. Durante o período em que permaneceu na casa da gestante recebia visitas diárias do companheiro e dos demais familiares. Relata que C. se preocupava muito com o seu bem-estar e que levava livros para que ela se distraísse. Ela queixa que neste momento não recebeu apoio dos amigos, exceto de apenas um casal de amigos. D. entrou em trabalho de parto com 31 semanas. Durante aquele período em que acompanhava o filho na UTIN, destacou como fontes de apoio o cônjuge, a irmã R. e os familiares proporcionando suporte emocional e a equipe que prestava os cuidados ao recém-nascido na UTIN, que lhe transmitiam segurança e apoio de informação. Ademais, a fé também foi tida como fonte de suporte (Figura 4).

Figura 4- Genograma e ecomapa família 2.

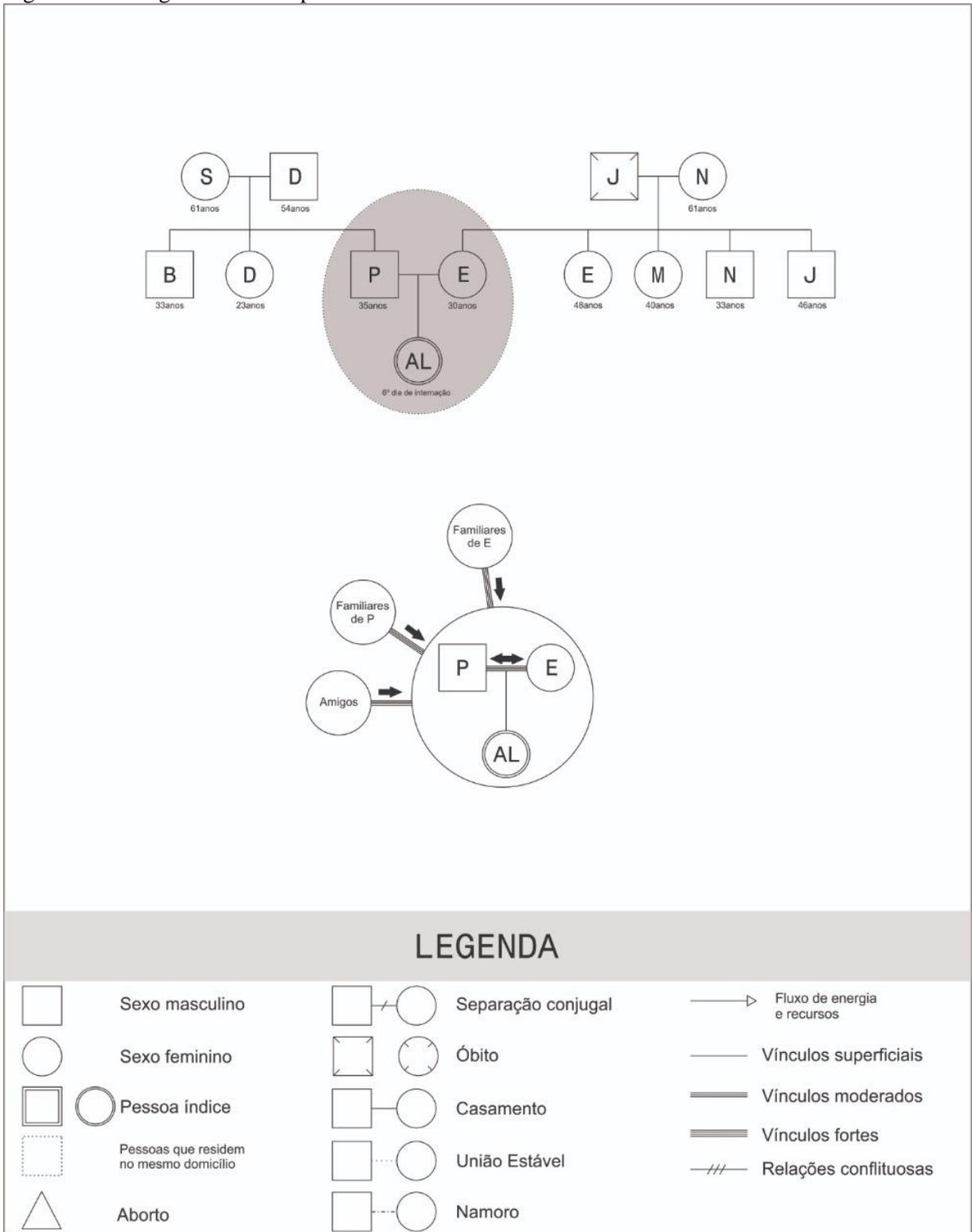


Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 3

A. L. nasceu com 32 semanas de IG, sexo feminino. A entrevista foi realizada no sétimo dia de internação com o pai, P. (35) (participante P1). Ele residia no interior com sua esposa, E. (30). P. era administrador e E. era auxiliar de escritório. P. tinha um vínculo forte com os seus familiares e mesmo morando em outra cidade, mantinha contato frequente com a família. Tinha um bom relacionamento com a esposa e com os familiares dela. Referiu que a família da esposa era a sua “segunda família”. Relatou que tudo corria bem com a gestação até o sexto mês, quando a esposa começou a apresentar “inchaços”. Entretanto, o profissional que a acompanhava dizia que estava tudo bem. Porém, a irmã de E., que era enfermeira, sugeriu que o casal procurasse um outro profissional. Eles fizeram isto e, após realização de alguns exames, a médica falou que E. deveria ser transferida imediatamente para outro hospital devido ao diagnóstico de pré-eclâmpsia. Após avaliação no hospital, E. foi encaminhada à Casa da Gestante, onde permaneceu por mais de vinte dias até o nascimento de A. L. Durante esse período, P. trabalhava por alguns dias e retornava à cidade cenário da pesquisa para ficar com a esposa. Como na Casa da Gestante os pais ou outros familiares não podiam permanecer durante a noite, ele ficou hospedado na casa de um amigo, com o qual possuía um vínculo forte. Quanto ao apoio durante este período de internação da filha, o pai ressaltou os seus familiares e os da esposa, por meio do suporte emocional. Destacou também os amigos, dos quais um deles estava hospedando E. e a levava, diariamente, ao hospital para passar o dia com a A. L. Foi possível identificar que a fé também era um suporte para P. e sua família (Figura 5).

Figura 5 - Genograma e ecomapa família 3.



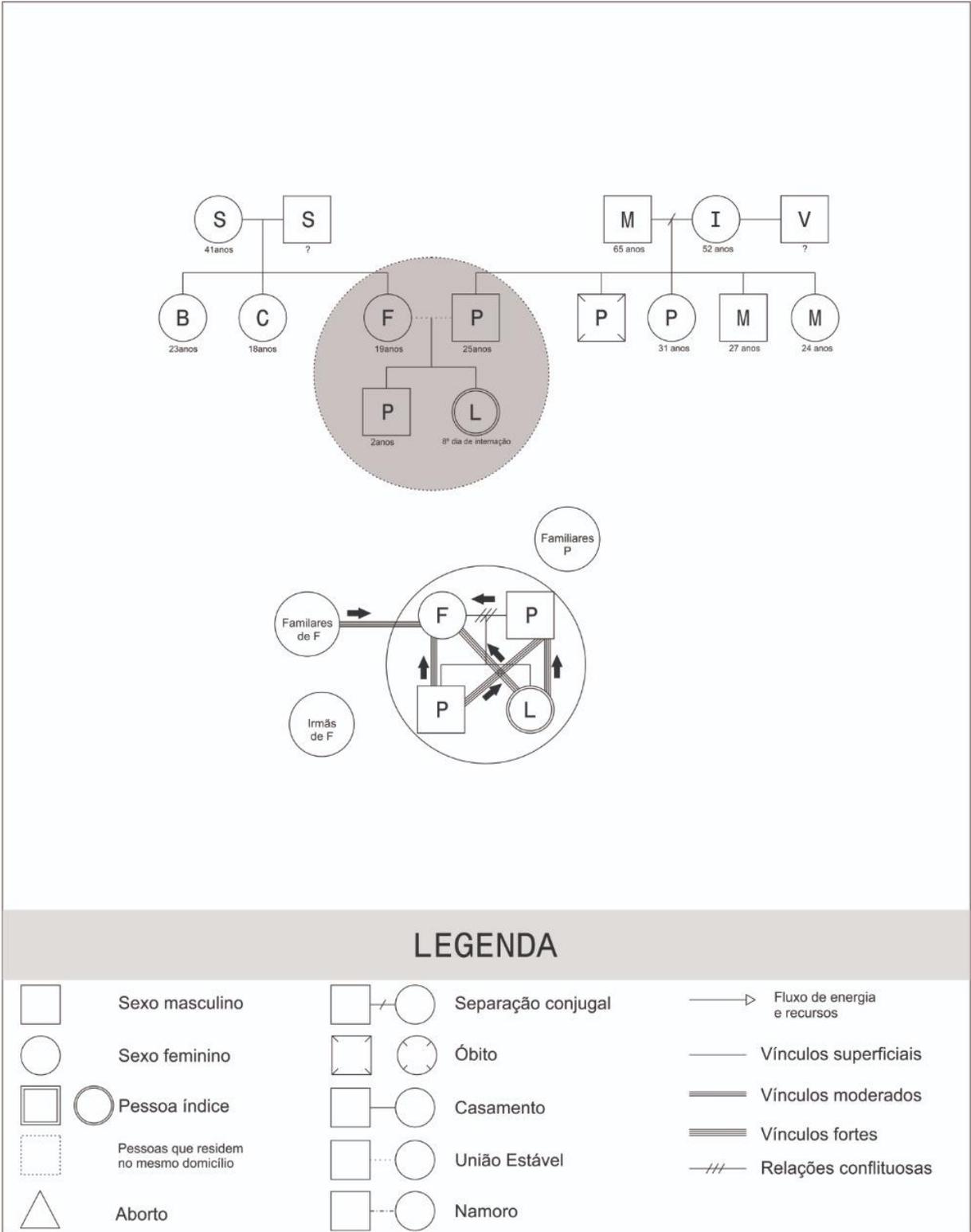
Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 4

L. V. nasceu com 28 semanas de IG, sexo feminino. A entrevista foi realizada com a mãe, F. (19) (participante M3), no 8º dia de internação e com o pai, P. (25) (participante P2), no 9º dia. O casal vivia junto há 6 anos, entretanto, já ficaram separados por alguns períodos durante aquele tempo. Além da filha que estava internada na UTI, eles tinham um filho de 2 anos, P. H.. A família residia na cidade cenário da pesquisa. A mãe era dona de casa e o pai trabalhava como camelô. F. optou por permanecer no alojamento de mães do hospital, enquanto P. passava as noites em uma barraca montada na parte externa da instituição. Os avós maternos estavam passando um período na casa do casal. Ambos faziam uso de medicação controlada. F. tinha duas irmãs, com as quais não mantinha um bom relacionamento. A relação com o companheiro era conflituosa. F. relatou não manter vínculo com os familiares do companheiro. Relatou que a sogra não concordava com o seu comportamento, principalmente em relação ao uso de substâncias psicoativas. Não identificou nenhum vínculo de amizade. Embora tenha falado sobre conflitos vividos com o marido, F. o considerou como fonte de apoio naquele momento de internação da filha, assim como os seus pais e os filhos, P. e L.V. O outro filho do casal estava sendo cuidado pelos avós maternos durante aquele período. A fé também se destacou como um suporte.

P. relatou ter saído da casa dos pais aos oito anos e desde então não contava com o apoio dos familiares. Os seus pais eram separados. Tinham três irmãos com os quais mantinha um vínculo fraco. O relacionamento com a esposa era conturbado, marcado por brigas e discussões. P. demonstrou uma insatisfação com a companheira pelo fato dela não ter comparecido a algumas consultas de pré-natal e também por não poder contar com F. para trabalhar e aumentar a renda da família. P. afirmou não ter um bom relacionamento com a sogra e com as cunhadas. P. identificou como única fonte de força naquele momento a própria filha que estava internada (Figura 6).

Figura 6 - Genograma e ecomapa família 4.



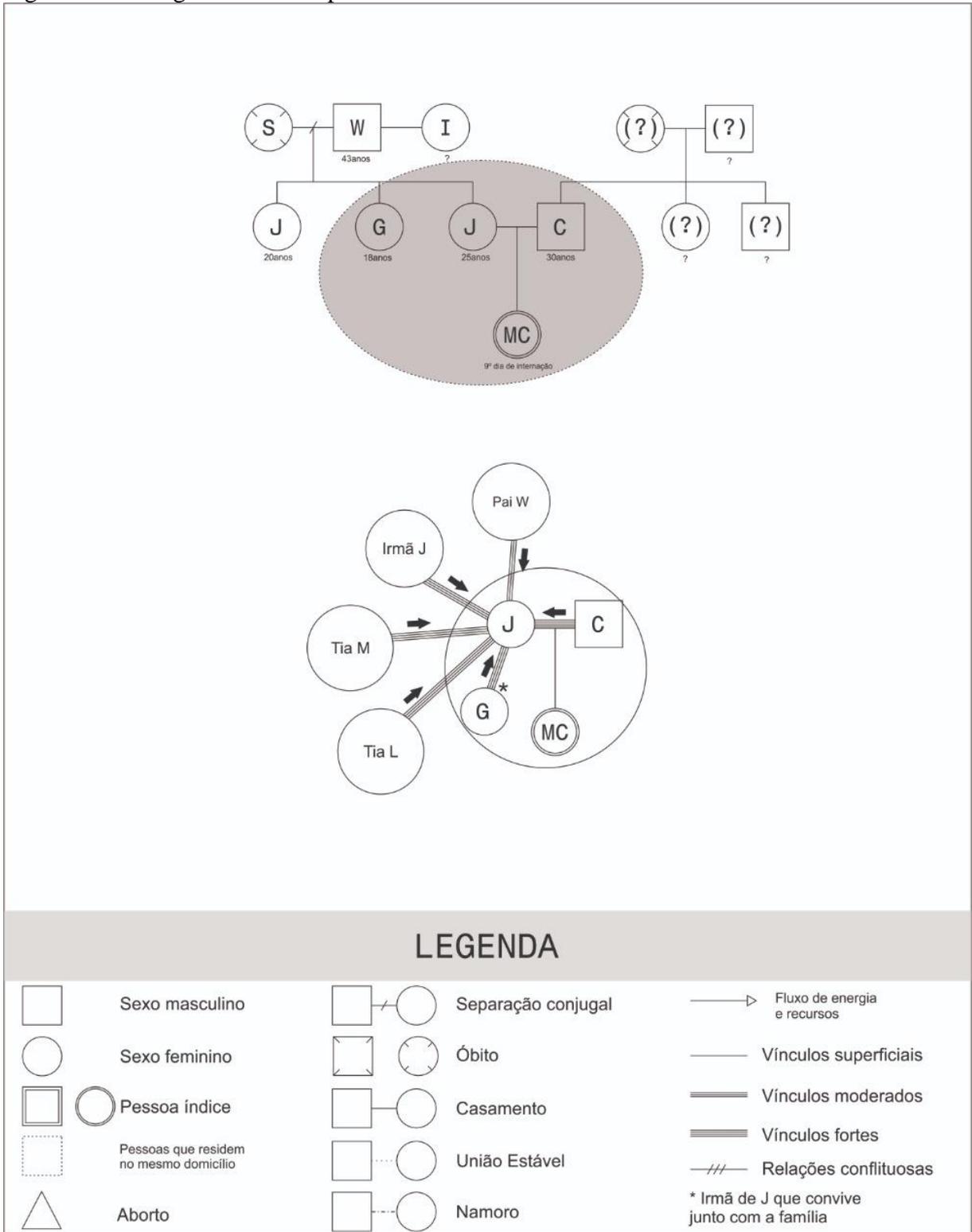
Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 5

M.C. nasceu com 32 semanas de IG, sexo feminino. A entrevista foi realizada com a mãe, J. (25) (participante M4) no 9º dia de internação. A mãe residia no interior com o pai da criança, C., com quem mantinha união estável. J. tinha duas irmãs, G. (18) e J. (20). O vínculo de J. com as irmãs era forte, sobretudo, com a irmã mais nova com quem vivia. O seu pai vivia com uma companheira e o contato com ele era tão frequente. J. trabalhava como auxiliar de produção, C. como atendente e G. era estudante. J. relatou que a partir do quinto mês de gestação começou a apresentar alterações pressóricas, o que levou ao diagnóstico de pré-eclâmpsia, tendo de ser submetida a uma cesárea de urgência com 32 semanas. J. encontrava-se no espaço destinado a permanência das mães no hospital durante aqueles dias de internação da filha. Como fontes de apoio naquele momento ela destacou o companheiro, a irmã mais nova, o pai e também duas tias (uma materna e outra paterna). Conversava, diariamente, com essas pessoas por telefone e se encontrava com C. nos dias que ele ia ao hospital visitar a filha. Recebia apoio emocional dos familiares.

Ao ser convidada a participar desse estudo, J. demonstrou interesse e disponibilidade. Entretanto, durante a entrevista expressava respostas mais curtas. Mesmo tendo garantido um ambiente reservado para aquele momento e com os esforços da entrevistadora para deixá-la à vontade e dando encadeamento às perguntas na tentativa de extrair mais informações, J. expressou respostas mais curtas, dificultando a compreensão da experiência vivida (Figura 7).

Figura 7 - Genograma e ecomapa família 5.



**LEGENDA**

- |  |  |  |                    |  |                             |
|--|--|--|--------------------|--|-----------------------------|
|  | Sexo masculino                         |  | Separação conjugal |  | Fluxo de energia e recursos |
|  | Sexo feminino                          |  | Óbito              |  | Vínculos superficiais       |
|  | Pessoa índice                          |  | Casamento          |  | Vínculos moderados          |
|  | Pessoas que residem no mesmo domicílio |  | União Estável      |  | Vínculos fortes             |
|  | Aborto                                 |  | Namoro             |  | Relações conflituosas       |
- \* Irmã de J que convive junto com a família

Fonte: a autora (2019).

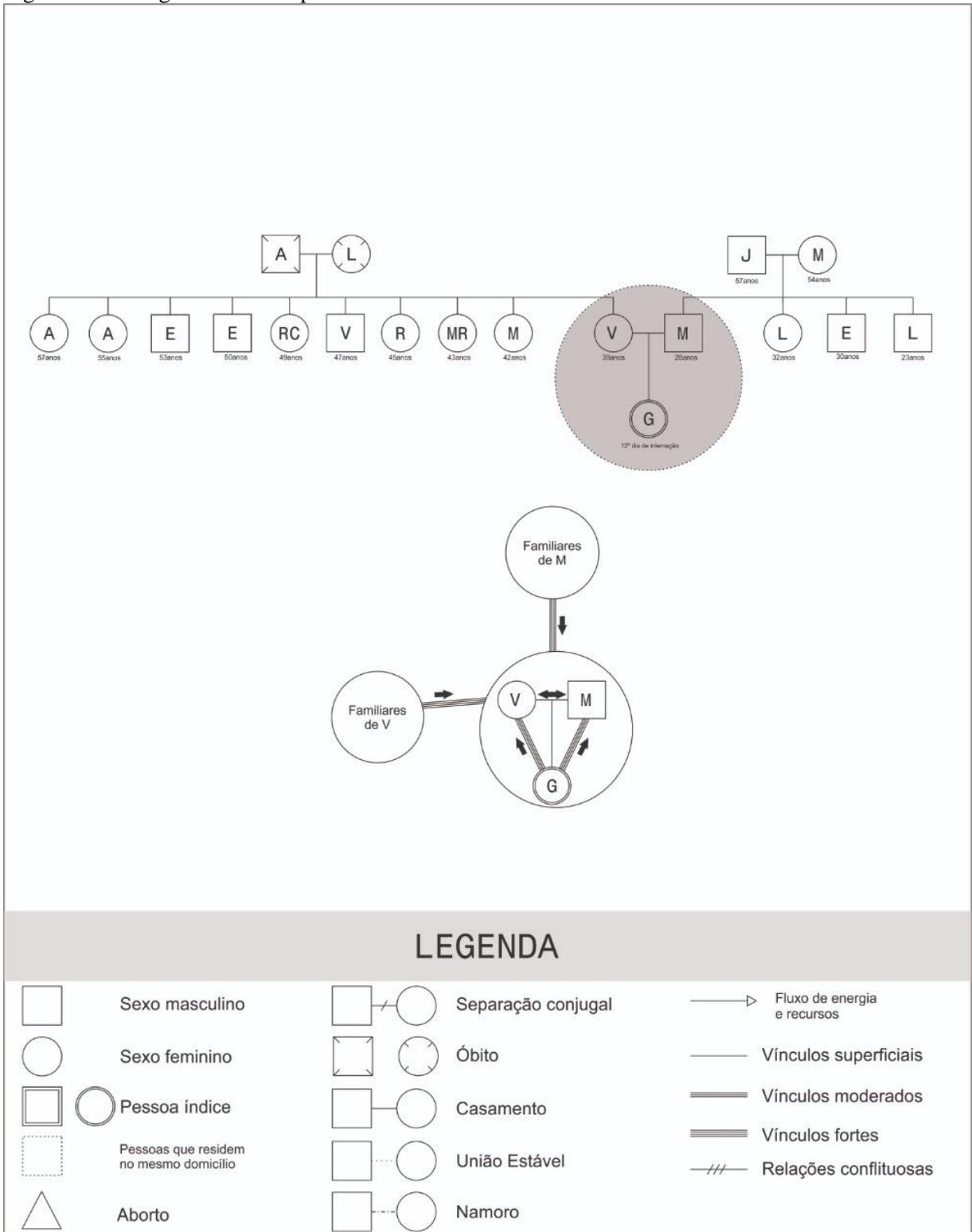
- Apresentação família 6

G. nasceu com 30 semanas e 2 dias de idade gestacional, sexo feminino. A entrevista foi realizada com o pai, V. (39) (participante P3), no 10º dia de internação e com a mãe, M. (26) (participante M5), no 12º. Os pais moravam na zona rural no interior e desde a alta da mãe encontravam-se hospedados em uma pensão nas proximidades do hospital. V. e M. eram casados há pouco mais de um ano e trabalhavam como lavradores. V. relatou que não imaginavam que o bebê poderia nascer prematuro. Até o sexto mês estava tudo bem, mas em uma noite a esposa se sentiu mal e no dia seguinte procurou atendimento no posto de saúde e foi constatado que a pressão arterial de M. estava alterada. Naquele dia, o profissional solicitou exames. Dois dias depois, passou por atendimento médico novamente e já foi encaminhada ao hospital. A irmã de M. a acompanhou devido ao fato de V. ter muitas “criações” no sítio e, naquele dia, não haveria ninguém que pudesse realizar os afazeres para ele. M. permaneceu por cerca de 15 dias na Casa da Gestante até o nascimento de G. Durante aquele período, o esposo permaneceu acompanhando por alguns dias.

Os pais de V. já faleceram e ele tinha 9 irmãos, com os quais tinha um vínculo forte, principalmente com a irmã A (57). Possuía uma convivência harmoniosa com a esposa e com os familiares dela. Naquele momento da internação da filha, ressaltou como principais fontes de apoio, os irmãos A. (57) e V. (47), que se organizaram para tomar conta dos afazeres no sítio onde moravam e a própria filha que despertava nele o sentimento de esperança.

A mãe M. tinha um vínculo forte com os seus pais e com os três irmãos. Relatou ter um bom relacionamento com o esposo e com a família dele. No que dizia respeito ao apoio naquele momento de internação da filha, M. ressaltou os familiares por meio de orações e apoio emocional e também na realização das tarefas que eram realizadas por ela e pelo esposo. Além disso, a mãe destacou a própria filha como fonte de apoio, afirmando que a criança dava forças para permanecer no hospital, com a esperança de levá-la para a casa (Figura 8).

Figura 8 - Genograma e ecomapa família 6.



Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 7

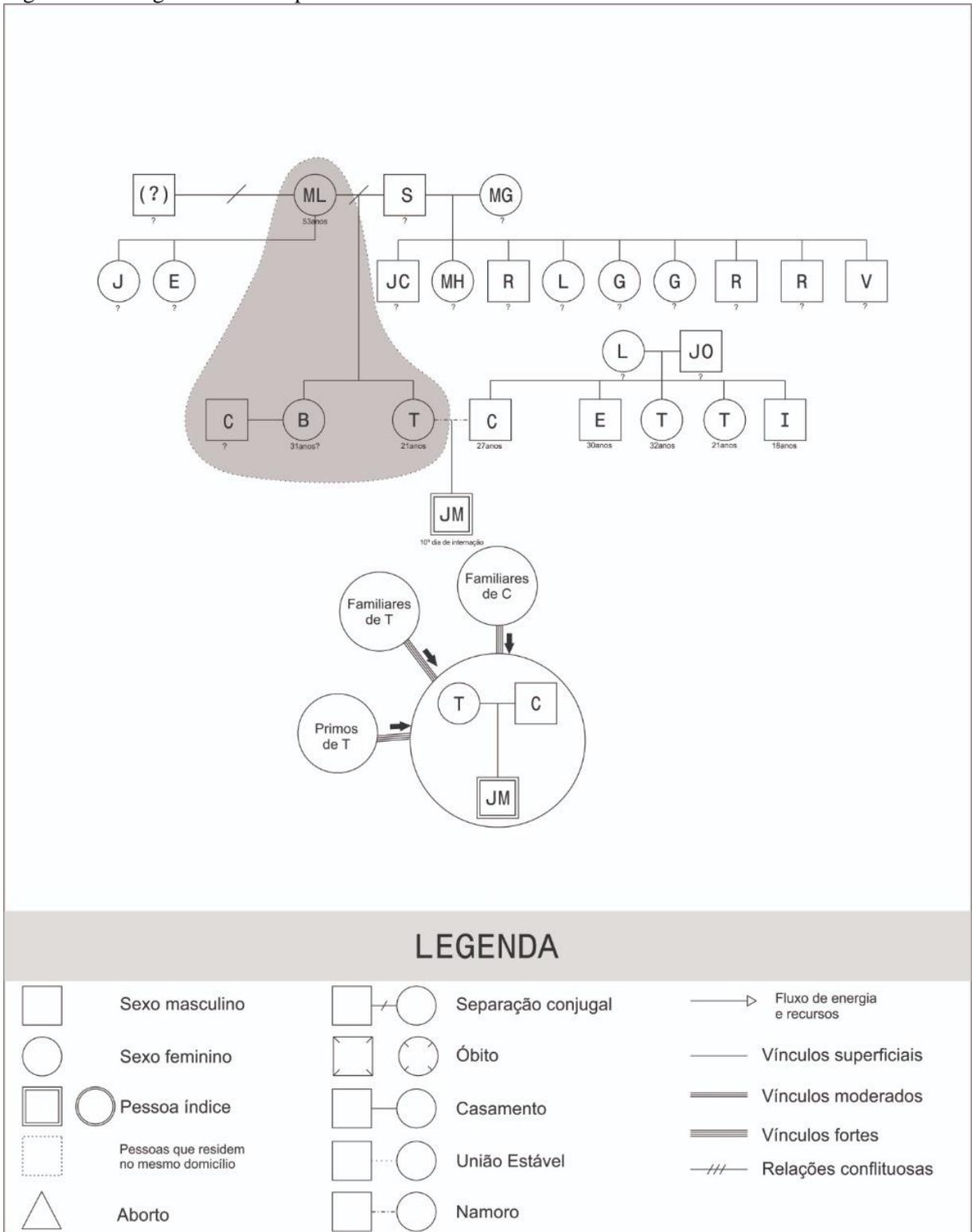
JM. nasceu com 25 semanas de idade gestacional, sexo masculino. O bebê nasceu em um hospital no interior e foi transferido para instituição onde o estudo foi realizado na companhia do pai dois dias após o nascimento. A entrevista foi realizada, individualmente, com a mãe, T. (21), e com o pai, C. (27), no 10º dia de internação. Os pais do bebê namoravam há sete anos.

T. vivia no interior com a mãe, a irmã e o cunhado. Os pais de T. eram separados. Possuía três irmãs da relação do pai com a mãe e nove irmãos do relacionamento do pai com a atual companheira. Convivia bem com todos os irmãos. Ela, a mãe, a irmã e o cunhado estavam desempregadas.

Por volta da 20ª semana de gestação a pressão arterial começou a alterar e a profissional que a acompanhava solicitou que realizasse essa verificação com uma frequência maior. Ao completar 25 semanas de IG, sentiu-se mal e procurou o posto de saúde. Após a avaliação foi encaminhada para uma maternidade da cidade mais próxima. Já na maternidade, após resultados de exames, a equipe responsável, que já havia solicitado a transferência para uma maternidade que oferecesse suporte neonatal, optou por submetê-la a uma cesárea de urgência. Após o parto, ela precisou de assistência no Centro de Tratamento Intensivo, conseguindo ver o filho no seu segundo dia de vida. Posteriormente, ele foi transferido e um dia antes da entrevista ela veio para o hospital a fim de acompanhar o filho. Quanto às fontes de apoio naquele momento de internação do filho, T. ressaltou o apoio da família, bem como os familiares do namorado, por meio do suporte emocional e hospedagem para o pai do bebê permanecer mais próximo.

C. também residia no interior, juntamente com os pais, quatro irmãos, uma cunhada e 2 sobrinhos. Atualmente, C. estava desempregado, assim como a mãe, dois irmãos e a cunhada. Naquele momento de internação do filho, destacou como fontes de apoio dois primos que estavam oferecendo hospedagem para que C. pudesse visitar o filho diariamente. C. contava também com o apoio financeiro dos seus familiares. Como ele não estava trabalhando, pôde acompanhar o filho desde o dia em que havia sido transferido. Os relatos demonstram a religiosidade e a fé como suportes para a família (Figura 9).

Figura 9 - Genograma e ecomapa família 7.

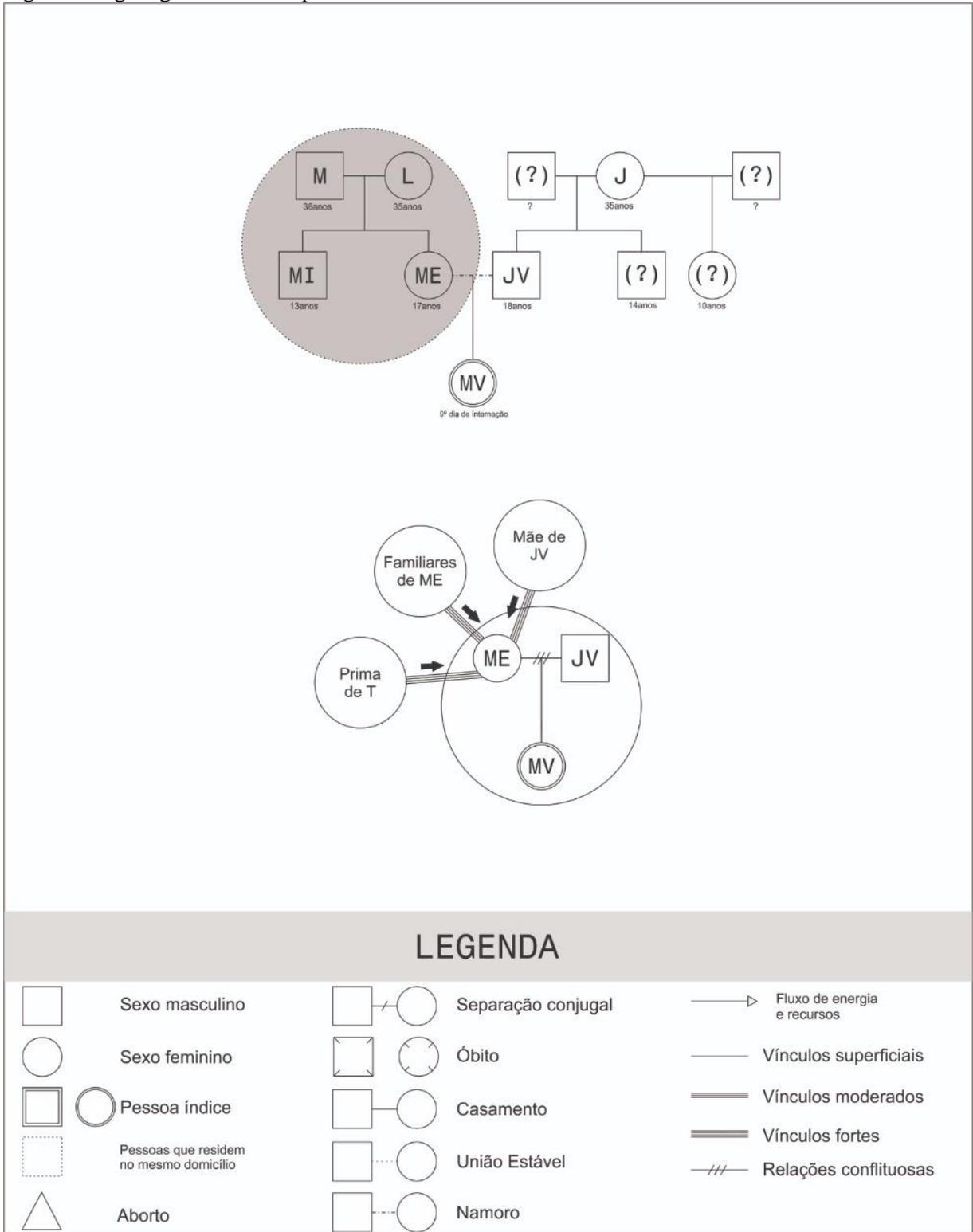


Fonte: a autora.

- Apresentação família 8

MV. nasceu com 26 semanas e 4 dias, sexo feminino. A entrevista foi realizada com a mãe, ME. (17) (participante M7), no 9º dia de internação. A mãe residia no interior com os pais e o irmão. Relacionava-se com o pai do bebê, JV. (18), há sete meses. Porém, o relacionamento estava conturbado e não estava contando com o seu apoio durante o período de internação da filha. ME não sabia da possibilidade de ter um parto prematuro. Quando estava fazendo ultrassom para descobrir o sexo, a bolsa rompeu e ela foi encaminhada ao hospital. Durante internação da filha, ME identificou como fontes de apoio os familiares, especialmente a mãe, que estava na casa de uma prima para ficar mais próxima da filha e da neta. A mãe e a prima iam diariamente ao hospital. O pai de ME. organizou os seus afazeres no sítio para que também pudesse visitar mais a filha e a neta frequentemente. Além da mãe e da prima, afirmou que a mãe de JV. também estava oferecendo muito apoio, conversando diariamente por telefone. Quanto a amizades, destacou que perdeu o vínculo com as amigas após do nascimento da filha. ME também ressaltou a fé como suporte (Figura 10).

Figura 10 - genograma e ecomapa família 8.

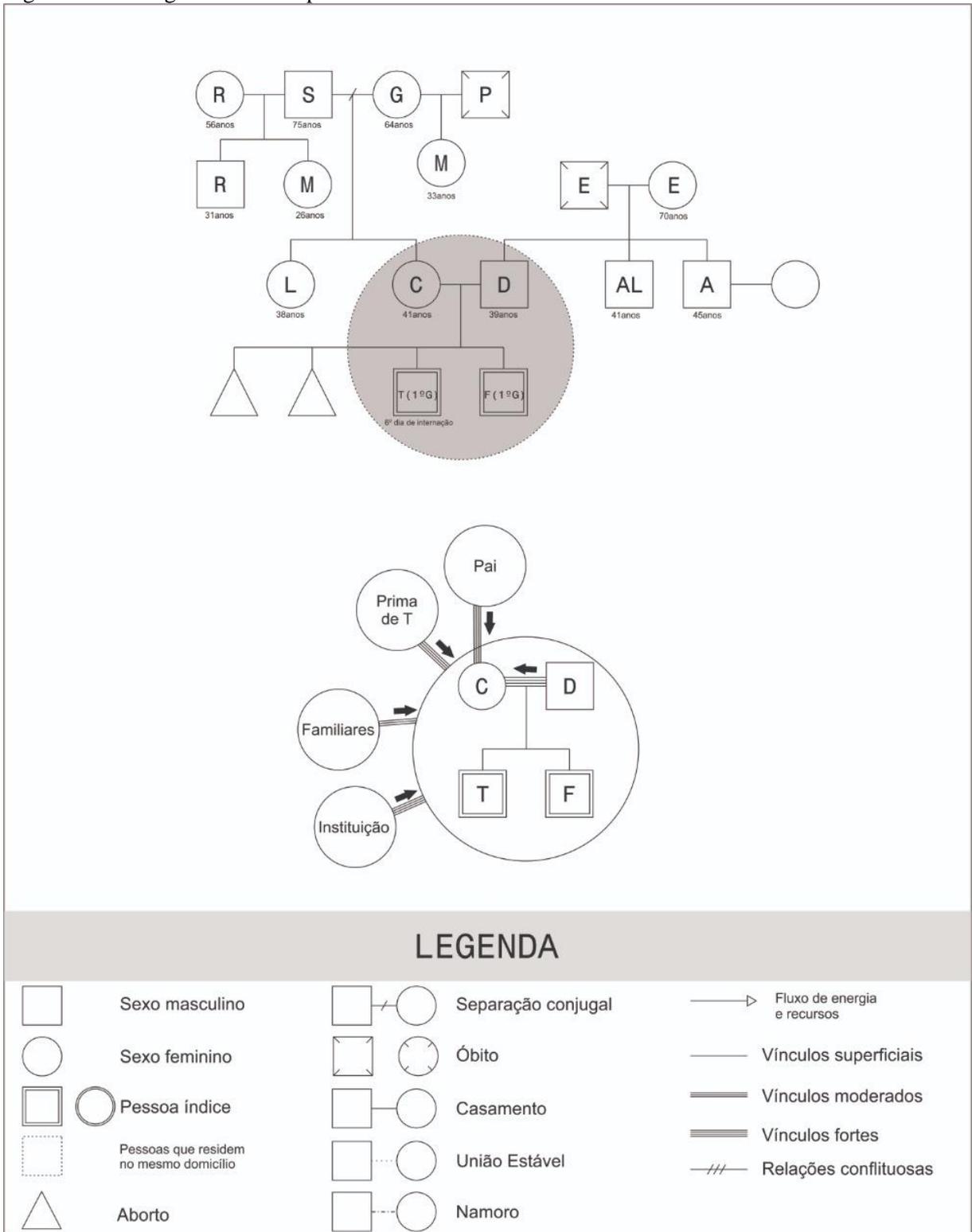


Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 9

T. e F. eram gêmeos, nascidos com 32 semanas de IG, ambos do sexo masculino. A entrevista foi realizada com a mãe, C. (41) (participante 8), no sexto dia de internação. Os pais eram casados e ambos trabalhavam. Tinham um relacionamento de 14 anos e o vínculo entre eles era forte. Residiam na cidade cenário da pesquisa. A mãe permanecia durante o dia na instituição e no fim do dia ia para casa. C. relatou ter um bom relacionamento com a família estendida, entretanto, ao tecer uma comparação entre a sua família e a do esposo, destacou que a dele era mais unida. Ressaltou ter um vínculo mais forte com o pai e com a irmã M (33). Possuía um bom relacionamento com a família do esposo, sendo a concunhada a pessoa com quem mais tinha afinidade. O casal almejava ser pais há muito tempo e, durante este percurso, tiveram dois abortos e utilizaram de métodos tal como fertilização in vitro para alcançarem este objetivo. Eles tinham conhecimento sobre a possibilidade de os filhos nascerem prematuros. Durante quinze dias que antecederam o nascimento deles, C. ia ao hospital, diariamente, para realizar exames de controle. Relata que tentou se preparar para lidar com a situação, mas ao ver os filhos internados teve dificuldade em controlar a emoção. Neste momento de internação dos filhos, C. destacou como fontes de apoio o companheiro e os familiares, os quais ofereciam suporte emocional e ajuda prática, levando-a, diariamente, à instituição, uma vez que ela ainda não se sentia bem para dirigir. Enfatizou a relação e o vínculo com o pai e esposo. Destacou também o suporte da instituição, devido à segurança que essa fornecia em relação aos cuidados dos filhos (Figura 11).

Figura 11 - Genograma e ecomapa família 9.

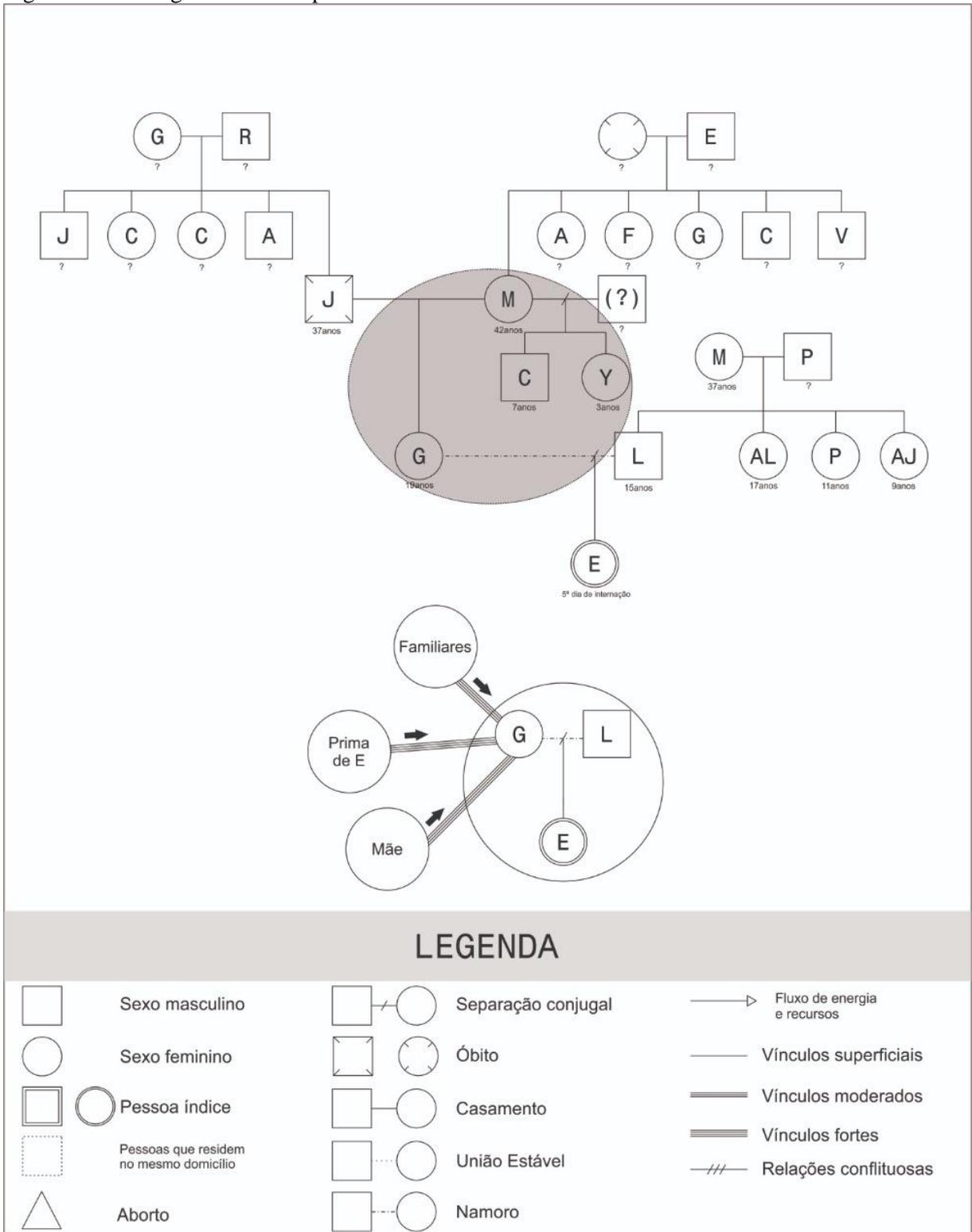


Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 10

E. nasceu com 31 semanas de IG, sexo feminino. A entrevista foi realizada com a mãe, G. (19) (participante M9), no 5º dia de internação. A mãe não se relacionava mais com o pai da criança, L. (15), mas havia mantido contato com ele durante aqueles dias. G. residia no interior com a mãe e dois irmãos mais novos. Ela e a mãe encontravam-se desempregadas. G. não tinha conhecimento sobre a possibilidade de ter um parto prematuro. Ao realizar um ultrassom alguns dias antes do nascimento da filha, descobriu que estava com insuficiência placentária, sendo transferida para interrupção da gestação. Desde a sua alta, G. permaneceu no alojamento de mães do hospital. Naquele período de internação da filha, destacou como fontes de apoio toda a família, principalmente, a mãe, com quem mantinha contato diário por telefone, a avó paterna e a prima, E. A sua mãe, pelo fato de ter outros dois filhos menores, não conseguiu acompanhar, nem visitar G e a neta, entretanto ela relata que a mãe a ajuda oferecendo palavras de incentivo, tranquilizando-a, ainda que por telefone. Ao saber da necessidade de ser transferida para outra cidade, G. contou com o apoio da prima E., que permaneceu como acompanhante enquanto a mesma estava internada. Os relatos apontaram a religiosidade e a fé como suportes (Figura 12).

Figura 12 - Genograma e ecomapa família 10.



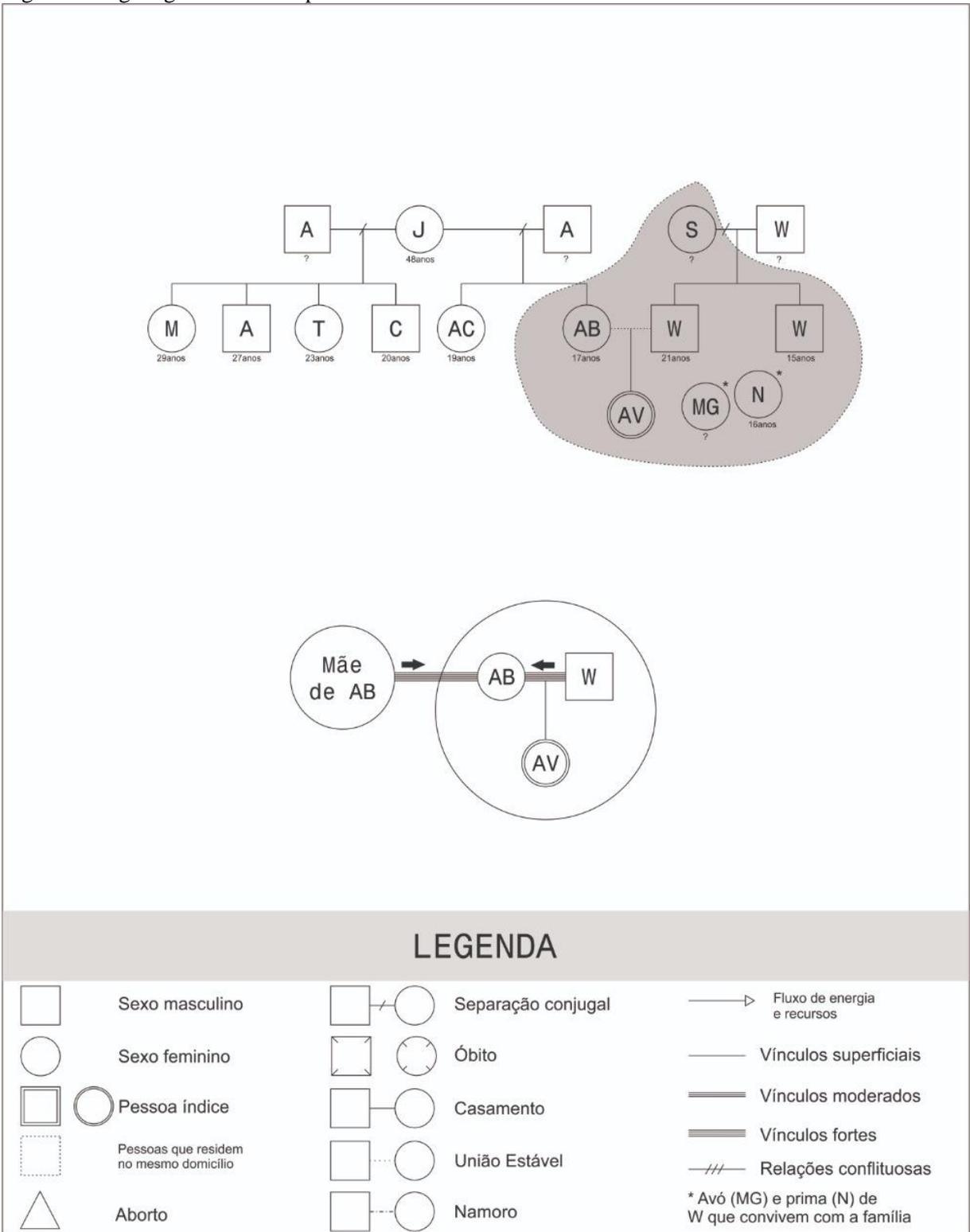
Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 11

AV., sexo feminino, nasceu com 25 semanas de idade gestacional. A entrevista foi realizada com a mãe, AB. (17) (participante M10), no 5º dia de internação. AB. era do interior e vive com o pai da criança, W. (21), há cerca de nove meses. Eles moravam na casa da avó materna de W., junto com a mãe do rapaz, o irmão e uma prima. Os familiares de AB. residiam na mesma cidade. Naquele período, todos que residiam na mesma casa estavam desempregados e viviam com a renda proveniente da aposentadoria da avó de W. AB. relatou ter boa convivência com os familiares do companheiro, mas afirmou que em casa preferia ficar sozinha no quarto, não gostava de conversar e de sair de casa. Também referiu ter um bom relacionamento com os seus familiares, sendo que o seu vínculo era mais forte com a irmã AC. (19) e com o irmão A. (27).

Durante os dias de internação da filha, AB. encontrava-se na unidade de cuidado destinada a permanência das mães no hospital. Ela relatou que achava que não iria conseguir suportar a situação de ter um filho internado na UTIN, uma vez que era muito sentimental e que quando vivia situações difíceis, tinha vontade de desistir. Ainda acrescentou que tinha dificuldade em ver a filha com o respirador e, por isso, não conseguia permanecer por muito tempo na UTIN. Sobre as fontes de apoio durante esse período, AB. destacou a mãe e o companheiro. Ademais, a religiosidade e a fé estavam ajudando AB. a enfrentar tal situação (Figura 13).

Figura 13 - genograma e ecomapa família 11.



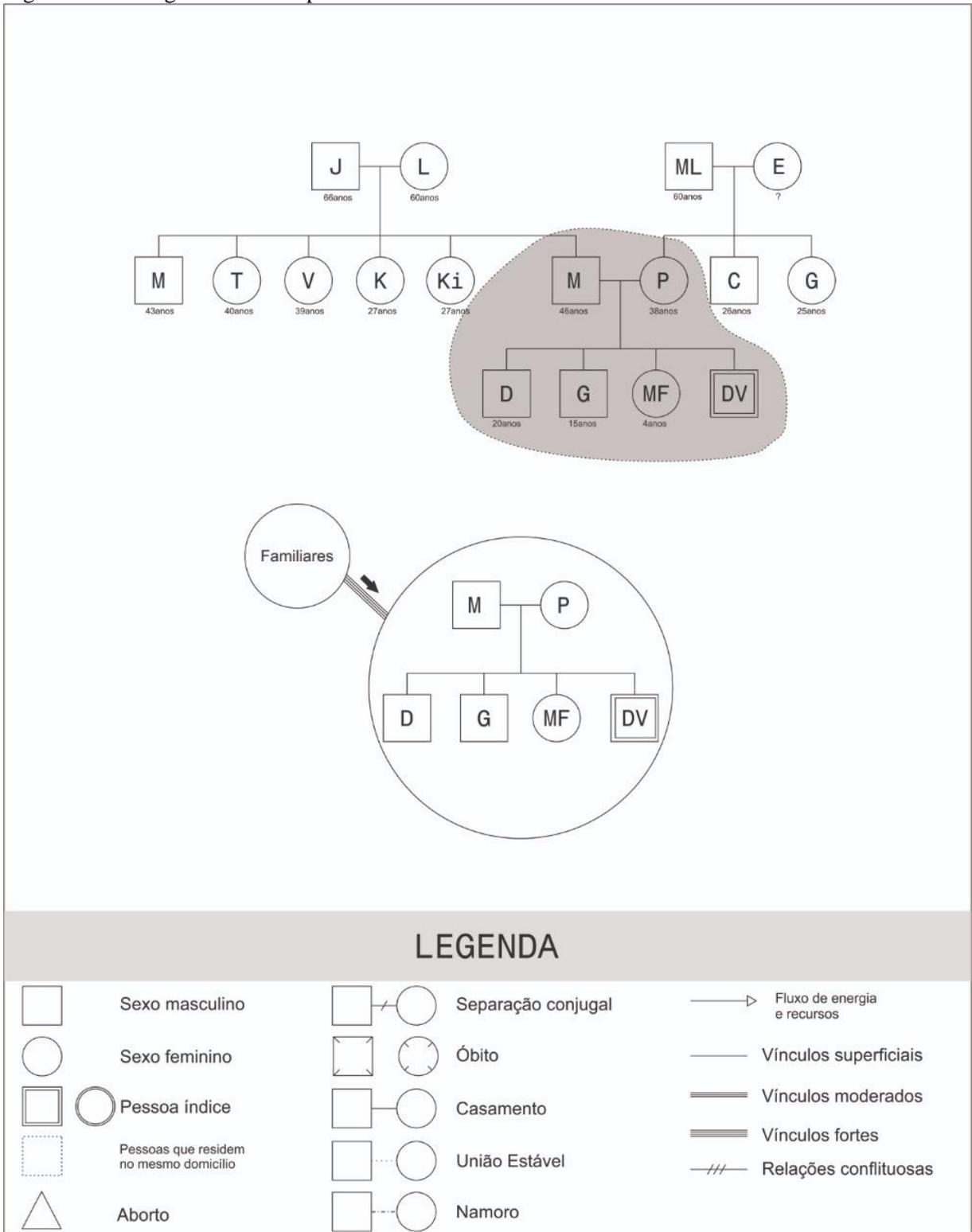
Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 12

DV. nasceu com 28 semanas de IG, sexo masculino. A entrevista foi realizada com o pai, M. (46) (participante P5), no 5º dia de internação. A família residia no interior. Os pais eram casados e já tinham três filhos, sendo que dois destes foram prematuros, um nascido com 28 semanas de IG e a outra com 25 semanas. A mãe, P. (38), encontrava-se em casa e o pai estava como acompanhante. Segundo relato do pai, descobriram a gestação próximo ao quinto mês, uma vez que P. fazia uso de medicação controlada devido ao histórico de depressão e eles associaram a amenorreia aos medicamentos. P. conseguiu fazer uma consulta de pré-natal e naquela ocasião a sua pressão arterial (PA) estava dentro dos padrões de normalidade e não foram alertados sobre a possibilidade de um parto prematuro. Entretanto, após algumas semanas, a pressão arterial de P. começou a alterar e ela começou a sentir dores. Foram ao hospital e, no mesmo dia, P. foi transferida para instituição cenário do estudo, onde a gestação foi interrompida. Após receber alta P. foi para a casa e M. permaneceu na instituição para acompanhar o filho. Ele relata que durante a internação da outra filha prematura que tiveram foi ele que também a acompanhou durante a internação. Ela relata que teme em deixar a esposa como acompanhante e diante de alguma notícia ruim sobre a situação clínica do filho ela não conseguir suportar.

M. tinha um vínculo forte com os pais e irmãos. Mantinha uma boa relação com a esposa apesar de algumas desavenças. Tinha também um vínculo forte com os filhos. Os relatos demonstraram como a religiosidade e fé estavam dando suporte naquele momento de internação do filho. Ressaltou também a importância dos familiares, sobretudo ao auxiliarem no cuidado da filha mais nova e também através do apoio emocional (Figura 14).

Figura 14 - Genograma e ecomapa família 12.



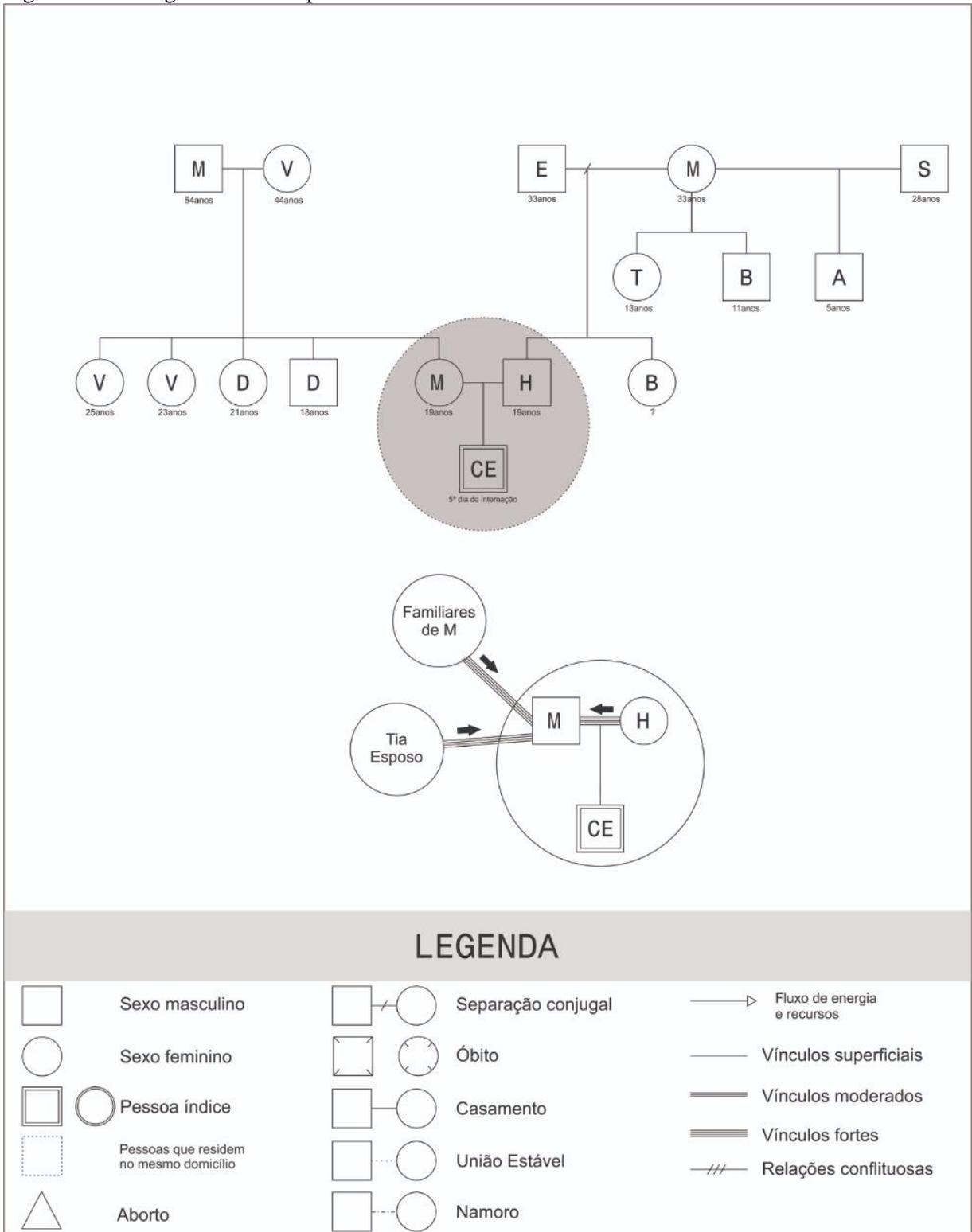
Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 13

CE., nasceu com 29 semanas de IG, sexo masculino. A entrevista foi realizada com a mãe, M. (19) (participante M11), no 8º dia de internação. Ela era casada com H. (19) há dois anos e eles viviam no interior. M. era dona de casa e H. trabalhava em uma empresa de laticínios. Durante os dias de internação do filho, M. encontrava-se hospedada em uma pensão próxima ao hospital na companhia da tia do esposo e da sua irmã mais nova. M. tinha um vínculo forte com a família. Dentre os irmãos, tinha maior vínculo com a irmã mais velha. A relação com o esposo era forte e o relacionamento com a família do esposo era bom. M. relatou que o esposo não tinha uma boa relação com a sua mãe e que isso a incomodava.

O casal não tinha conhecimento sobre a possibilidade de ter um parto prematuro. Certo dia, M. começou a perder líquido, procurou o hospital da cidade mais próxima e o médico que a avaliou confirmou que a bolsa havia rompido. Foi, então, encaminhada à instituição cenário da pesquisa. Permaneceu na casa da gestante por três dias e, no terceiro dia, o filho nasceu. Pouco antes de o filho nascer, H. foi submetido a um procedimento cirúrgico e ele foi alertado pelo médico de que talvez não poderia mais ter filhos, este fato estava deixando M. muito preocupada em relação à sobrevivência do filho que estava internado na UTIN. M. relatava insegurança ao estar longe e, por isso, optou por ficar em uma pensão onde pudesse estar na companhia de alguma pessoa próxima, que, neste caso, foi uma tia do esposo. Nos dias de internação, tinha como fonte de apoio o cônjuge, que pelo fato de estar em período de pós-operatório não podia acompanhá-la durante o tempo todo, mas conseguiu ir à instituição uma vez para conhecer o filho e auxiliava a esposa, fornecendo apoio emocional, mesmo estando longe. Além dele, contava com o apoio emocional dos seus familiares e dos familiares do esposo. Durante o discurso, foi possível apreender o suporte também adquirido por meio da religiosidade e da fé (Figura 15).

Figura 15 - Genograma e ecomapa família 13.

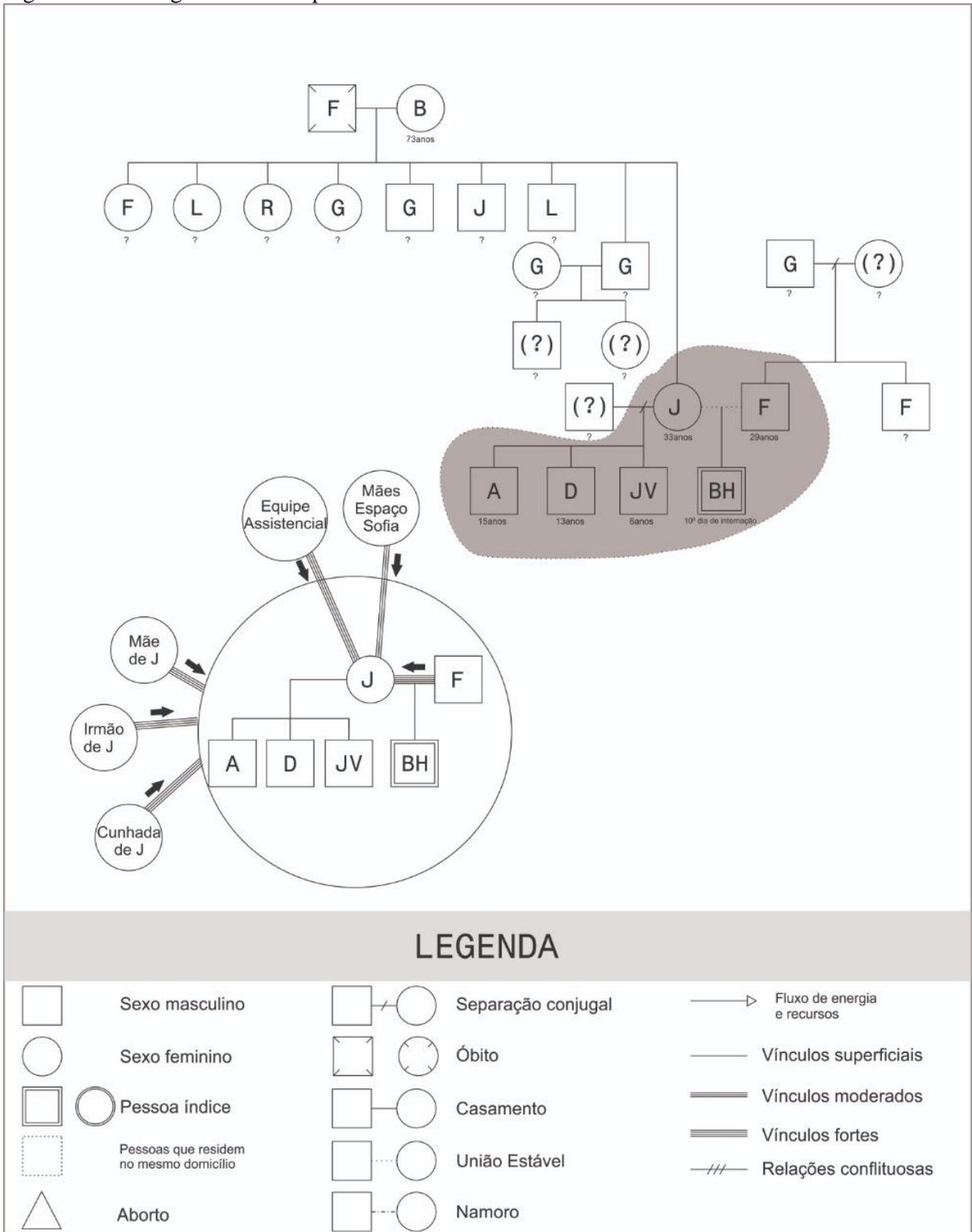


- Apresentação família 14

BH. nasceu com 30 semanas de IG, sexo masculino. A entrevista foi realizada com a mãe, J. (33) (participante M12), no oitavo dia de internação. J. vivia em união estável com o pai do bebê, F. (29), há cerca de um ano. J. tinha três filhos de outro relacionamento, A. (15), D. (13) e J.V. (6). Ela era dona de casa e F trabalhava como servente. J., o companheiro e os filhos, viviam no interior e a casa onde residiam ficava em um terreno onde também havia a casa da avó materna (73) de B.H. e do tio materno, G. Além de G., J. tinha mais sete irmãos, que residiam em outra cidade e o contato com eles era pouco frequente. J. não tinha contato com a família do companheiro. Ela relata que D. também nasceu prematuro com 27 semanas de IG.

J. permaneceu internada na Casa da Gestante e após o nascimento do filho ficou na unidade de cuidado destinada a permanência das mães na instituição. Durante o período de internação do filho, tinha como fonte de apoio a família, representada pela mãe e pelo companheiro, pelo irmão G. e cunhada G., que ofereciam suporte emocional e também cuidavam dos demais filhos dela que estavam em casa. Tinha também como suporte as outras mães que encontravam-se no “Espaço de Sofias”, com quem podia compartilhar os sentimentos em relação a internação do filho e que ofereciam apoio emocional. Além dos profissionais da assistência, os quais transmitiam segurança e auxiliavam no enfrentamento da situação (Figura 16).

Figura 16 - Genograma e ecomapa família 14.



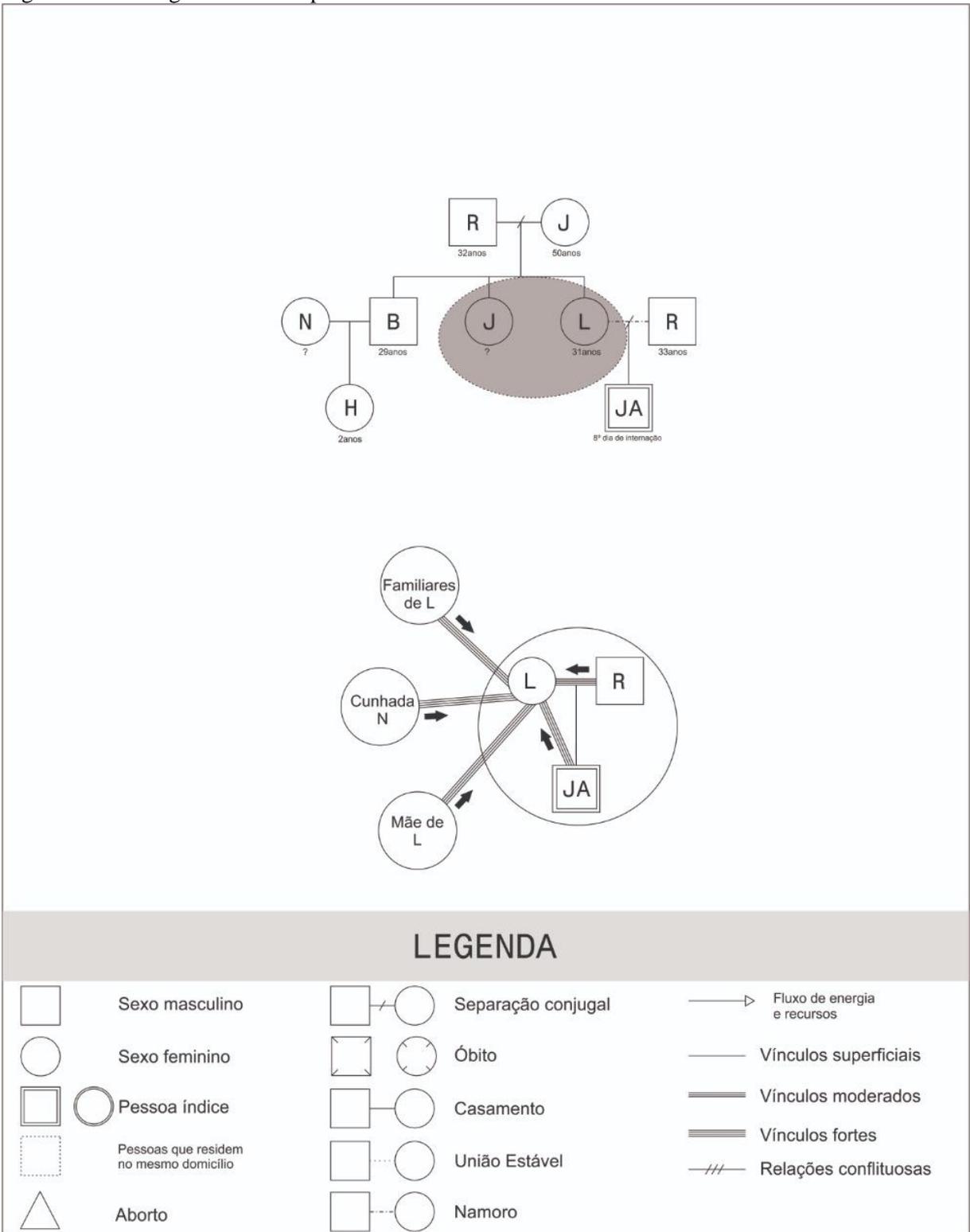
Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 15

J.A. nasceu com 28 semanas e 3 dias de IG, sexo masculino. A entrevista foi realizada com a mãe, L. (31) (participante 13), no oitavo dia de internação. L. e o pai do bebê, R. (33), não estavam mais juntos, mas ela relatou que ele havia mantido contato e estava oferecendo apoio naquele momento. Ambos mantinham uma relação de amizade. L. era auxiliar de escritório e R. era gerente em um banco. L. morava com a irmã J. (33). L. era do interior e encontrava-se no alojamento de mães da instituição desde que recebeu alta. L. já teve um outro filho prematuro há quatorze anos. O bebê nasceu com 26 semanas de idade gestacional e devido a complicações de uma doença congênita, não sobreviveu.

Ela referiu ter um bom relacionamento com toda a família, entretanto, ressaltou que não tinha muito contato com o pai, que havia se separado da sua mãe há muitos anos. O relato permitiu identificar um vínculo muito forte de L. com a mãe, uma vez que a considerava uma pessoa com quem sempre podia contar e recebia todo o apoio que necessitava. Ainda, se emocionou ao falar que mãe estava fazendo companhia a ela, mas que teve que ir embora. O relacionamento de L. com os irmãos, B. (29) e J. (33) era de muita união e companheirismo. Relatou um vínculo forte com a cunhada L., com quem tinha uma relação de amizade. O pai do bebê ofereceu apoio emocional a ela durante esse período. Identificou também como fonte de suporte a sua fé (Figura 17).

Figura 17 - Genograma e ecomapa família 15.



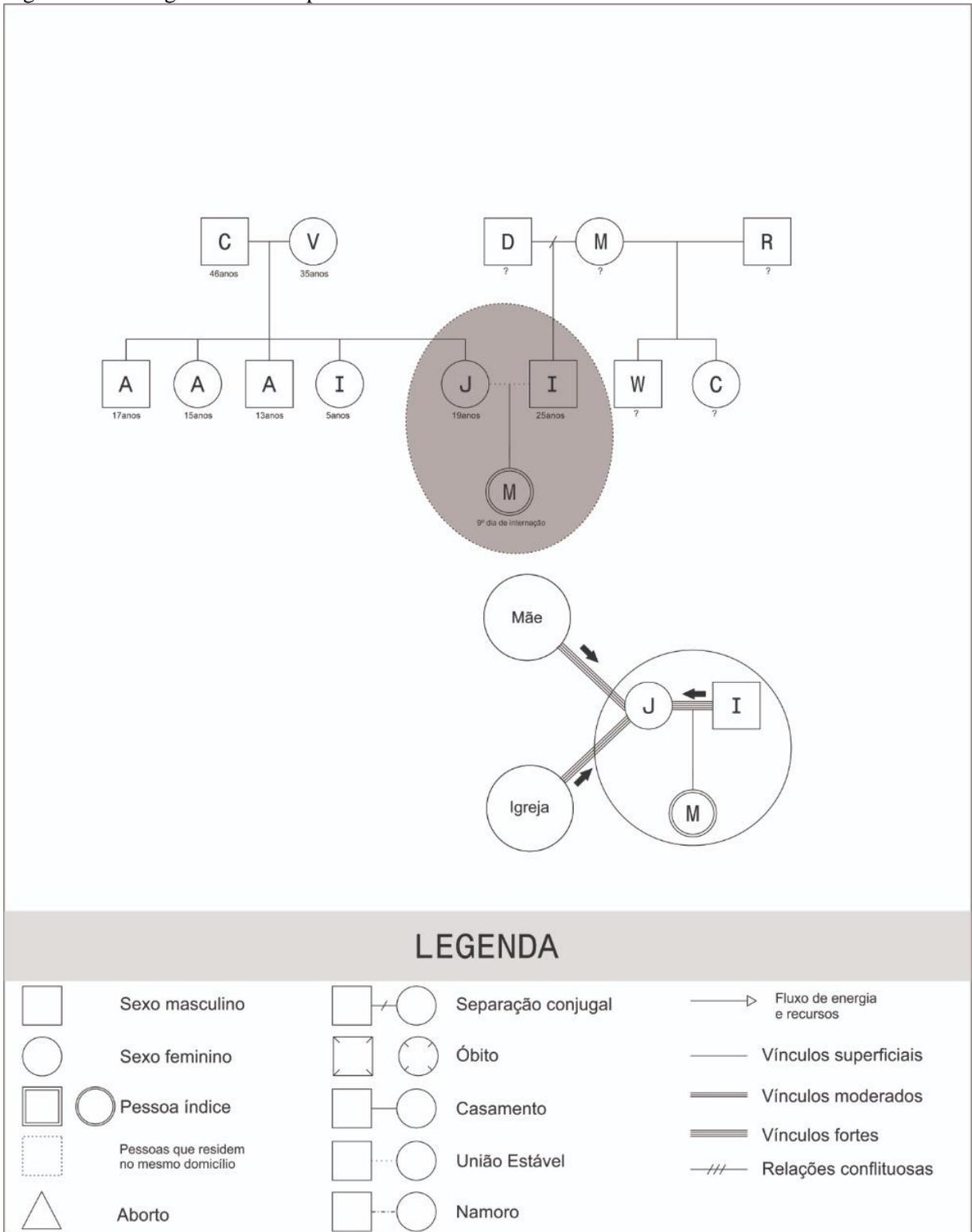
Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 16

ML., sexo feminino, nascida com 28 semanas e 5 dias. A entrevista foi realizada com a mãe, J. (19) (participante M14) no 9º dia de internação. A mãe era do interior e estava no alojamento de mães do hospital. J. era estudante e mantinha união estável com o pai da criança I. (25), há três anos. Atualmente, I. realizava trabalho informal. Embora morasse com o companheiro, J. relatou que ia, diariamente, à casa dos seus familiares e permaneceu grande parte do dia com eles. Na casa dos seus familiares, residiam os pais de J. e quatro irmãos. Ela relatou ter uma boa convivência com familiares, destacando um vínculo mais forte com a irmã caçula de 5 anos, da qual era responsável por parte dos cuidados. Afirmou ter um bom relacionamento com o companheiro. Relatou que o contato com os familiares de I. era pouco frequente pelo fato de não morarem perto. J. relatou que não sabia o que desencadeou o nascimento prematuro da filha. Contou que começou a passar mal e procurou o hospital. Após ser avaliada, foi constatado que ela estava com três centímetros de dilatação. Pelo fato da instituição não ter UTIN, foi solicitada vaga em outra cidade. No mesmo dia ocorreu a transferência e a mãe de J. foi quem a acompanhou. Ela permaneceu internada na casa da gestante por quatro dias, quando mesmo em uso de medicação para inibir o trabalho de parto, evoluiu com contrações e ML. nasceu.

Durante aqueles dias em que a filha encontrava-se internada, J. destacou como principais fontes de apoio a mãe e o companheiro, os quais ofereciam suporte emocional. Além disso, a fé também contribuiu para o enfrentamento. J. já havia frequentado duas vezes uma igreja próxima à instituição onde a filha estava internada (Figura 18).

Figura 18 - Genograma e ecomapa família 16.



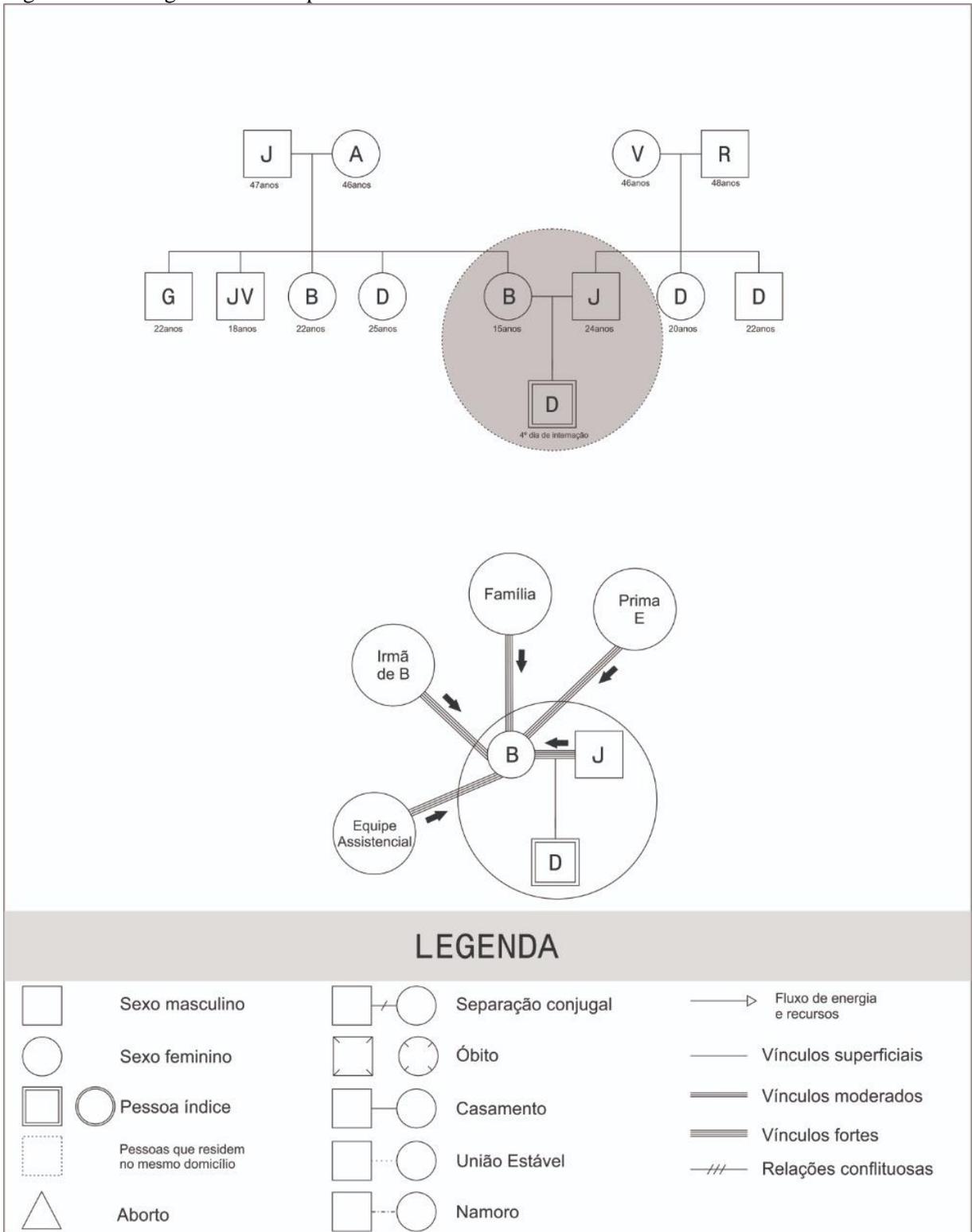
Fonte: a autora (2019).

- Apresentação família 17

DH., sexo masculino, nascido com 30 semanas e 5 dias. A entrevista foi realizada com a mãe, B. (15) (participante M15), no 4º dia de internação. B. era do interior e vivia em união estável com o pai da criança, J. (24), há cerca de quatro meses, entretanto se relacionavam há um ano. Eles moravam com a mãe e com o pai do J.. B. era estudante e J. era trabalhador informal. B. relatou ter um bom relacionamento com o companheiro e com os familiares dele. Tinha um vínculo importante com todos os membros da sua família, mas entre os irmãos, destacou maior afinidade com as irmãs D. (25) e B. (20). Ressaltou um laço afetivo com a prima E.

B. acompanhava a internação do filho no alojamento de mães do hospital. Durante os dias de internação, tinha como principal fonte de apoio o pai da criança, o qual oferecia apoio emocional. Além dele, os seus próprios familiares também ofereciam suporte emocional. A equipe que estava cuidando do seu filho na UTIN foi identificada como apoio ao darem segurança a mãe em relação aos cuidados que ofereciam ao RN e ao estabelecerem uma comunicação eficaz com a mesma. Identificou também como fonte de suporte a sua fé (Figura 19).

Figura 19 - Genograma e ecomapa família 17.



Fonte: a autora (2019).

## 6.4 Análise das categorias

Foram construídas quatro categorias de acordo com os objetivos dessa pesquisa, baseadas no modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar de McCubbin e McCubbin (1993), referencial teórico utilizado nesse estudo. São elas: (1) apreciação sobre a situação de ter um filho prematuro internado na UTIN (sentimentos dos pais, apreciação da situação e a apreciação acerca do filho); (2) vulnerabilidades da família e demandas inerentes ao evento estressor; (3) capacidade de resolução de problemas e enfrentamento da família em relação ao evento estressor; (4) suporte social.

Embora as categorias sejam interdependentes, aqui elas serão apresentadas individualmente. Essas categorias se interagem influenciando todo o processo de adaptação. Cada família, a depender de sua avaliação sobre o estressor, das suas vulnerabilidades, das estratégias de enfrentamento utilizados e do apoio social recebido, irá requerer um tempo e uma forma de se adaptar à situação de maneira única.

### 6.4.1 Apreciação de mães e pais sobre a internação de um recém-nascido prematuro em UTIN

Essa categoria explora a apreciação de mães e pais sobre a situação de ter um filho internado na UTIN. Dela fazem parte os sentimentos que permeiam essa vivência, a avaliação dos genitores acerca da gravidade do evento estressor, a apreciação que fazem sobre os seus filhos, bem como as mudanças que ocorrem em torno dessa apreciação no decorrer da internação.

Ao falar da situação vivida, pais e mães, invariavelmente, começaram expressando o seu sentimento, o que permitiu conhecer a intensidade do vivido por cada um deles e compreender melhor o significado para cada um deles ter um filho internado na UTIN. Foi possível reconhecer que os sentimentos de pais e mães possuíam uma estreita relação com a apreciação feita por eles dessa situação. Dessa forma, pela semelhança da organização do discurso dos participantes, optou-se por também iniciar a construção desta categoria por esse aspecto.

O termo “sentimento”, que será utilizado no presente texto, segue a definição construída por Viscott (1982). Para o autor, o sentimento diz respeito à maneira como o humano percebe a si mesmo. Compreende a reação do homem ao mundo que o circunda. Resume o que é experimentado e relata se o que está sendo experimentado é doloroso ou agradável. Basicamente, existem duas espécies gerais de sentimentos: os positivos e os negativos. Os primeiros ampliam o senso de força e de bem-estar, produzindo prazer, sensação de inteireza,

vida e plenitude. Já os sentimentos negativos interferem no prazer, consomem energia e trazem exaustão, com uma sensação de truncamento, vazio e solidão (VISCOTT, 1982).

Os participantes vivenciaram uma infinidade de sentimentos negativos e positivos e, por vezes, foi possível identificar que experimentaram reações até mesmo contraditórias diante de uma mesma situação. Medo, culpa, frustração, impotência, tristeza, amor e alegria foram os sentimentos mais frequentes entre os genitores.

Evidencia-se, a partir dos discursos que se seguem, o sentimento de medo vivenciado por mães dos RN prematuros internados na UTIN. Verifica-se, por meio do fragmento dos discursos, que cada mãe experimenta esse sentimento de forma diferente. O medo foi relacionado ao receio de ter uma notícia ruim sobre o estado de saúde da filha (M7) o que, segundo a participante, era amenizado com a presença da mãe junto dela no momento da notícia sobre algum resultado de exame da filha. O sentimento também foi identificado mediante situações de incerteza quanto à sobrevivência da filha (M4).

Muito difícil, né? Porque... Sei lá, na hora que eu chego lá perto dela passa muita coisa na cabeça, medo, sabe? Todo dia na hora que dá 11h assim, que é a hora de pegar o recado com a pediatra eu fico lá do lado da incubadora, quase dando um ataque cardíaco de medo sabe? De ter alguma coisa de errado com ela, tá sendo muito difícil pra mim (M7).

É, é o medo. Eu olhava pra ela, via como que uma pessoa daquele tamanho ia sobreviver. Eu só pensava pior, que ia acontecer qualquer coisa a qualquer momento. Nó, eu tinha muito medo, não podia nem olhar pra ela que eu pegava a chorar. É muito... Sei lá. Pra quem nunca viu, assim, muito chocante na hora (M4).

Outro sentimento vivido pelos participantes do estudo foi o de culpa, o qual foi determinado por diferentes motivos como o uso de substâncias psicoativas, a vivência de situações de estresse, a busca por uma gestação por meio de fertilização *in vitro*, levando-os a acompanhar o sofrimento de seu filho na UTIN. Essas situações apresentadas pelos participantes puderam ser identificadas nos fragmentos dos discursos a seguir.

Ah, eu comecei a chorar. Comecei a chorar. Porque eu já fumei maconha na minha gravidez, entendeu? E eu falei assim 'se ela tá ali, ela tá sofrendo por causa de mim' (M3).

A primeira visão quando você vê seu filho daquele jeito lá você fala ‘tudo que eu pudesse’. Por que eu não briguei com a mulher na hora que ela estava fumando um cigarro? As brigas que a gente discutia dentro de casa com ela grávida. Eu culpo isso também, entendeu? Eu culpo por causa que a mulher não pode passar por estresse grávida não. Não pode não. Eu culpo isso também. Eu acho, por causa que não tem motivo pra criança vim assim. O motivo foi esses. O que que aconteceu que não pode acontecer na gravidez que foi o motivo pra nossa filha vim assim. Vim adiantada. E eu sei os motivo, as prova, tudo. Entendeu? (P2).

Eu fico com muita “dozinha” também disso ter acontecido, isso tem uma certa... Pra pesquisa mesmo, que eu não falo isso com ninguém. Teve um dia que falei assim ‘gente, porque que eu fiz isso tadinho, entendeu? Porque que eu fiz esse tratamento pra trazer duas vidas que estão sofrendo agora na UTI’, sabe? Então assim, até isso passa pela cabeça da gente (M8).

O sentimento de culpa experimentado pelos pais manifesta-se como uma necessidade humana de buscar respostas racionais para o nascimento de um filho prematuro. Ainda que não exista motivo para tal sentimento, os pais culpam-se consciente ou inconscientemente por terem gerado um filho prematuro (SILVA *et al.*, 2016).

A frustração também foi expressada pelos participantes, especialmente por idealizarem uma gestação e nascimento sem intercorrências e serem surpreendidos com a internação do filho. Tal sentimento diz respeito a uma expectativa não satisfeita de pais e mães terem os seus bebês e irem para a casa após o nascimento.

Você quer que a sua esposa engravida, tenha uma gestação normal, seu filho nasça e você vai pra casa. Nó, eu não sei o que é ir na minha casa tem quinze dias. Então, por que? Porque ela tá na UTI, requer cuidados especiais. Depois vai sair tem que ir pra UCI, entendeu? Aí vai aprender a amamentar. E isso é muito ruim. Você quer ir pra casa. Você quer ficar cuidando do seu filho na sua casa né (P1).

Ah, é difícil né. Porque a gente acha que vai nascer e vai embora, de repente fica. É difícil (mãe se emociona) (M4).

Durante a gestação ou até mesmo antes dela, os pais vislumbram a imagem do bebê esperado, idealizando características físicas e psicológicas que imaginam que ele possa ter. Na ocasião do nascimento, essa imagem idealizada dá lugar a imagem do bebê real, que é diferente do imaginado anteriormente. O contato inicial com o filho é um momento de transição, no qual os pais ajustam a imagem do filho idealizado na gravidez com a imagem do bebê real. Para os

pais dos bebês prematuros, esse ajustamento é ainda mais difícil (SILVA *et al.*, 2016; ZANI; ALVIM, 2017). Eles têm que lidar com um recém-nascido com aparência frágil, instável e que requer cuidados de uma equipe especializada.

Diante de uma gravidez, as pessoas se preparam psicológica e emocionalmente para transições de mulher para mãe, homem para pai e casal para uma família e esperam por uma gestação e parto saudável. O trabalho de parto e nascimento prematuro configuram-se como um evento repentino e inesperado que rompem com as expectativas dos pais, deixando-os assustados e desorientados. Lasiuk e colaboradores constataram que mesmo as mulheres que tiveram problemas durante a gestação e sabiam da possibilidade de terem um parto prematuro não alteraram as expectativas de um parto saudável nem o choque de ter um parto prematuro (LASIUK *et al.*, 2013).

No presente estudo, uma única mãe que sabia que a gestação seria interrompida quando completasse 32 semanas de idade gestacional tentou se preparar emocionalmente para vivenciar a internação dos filhos na UTIN. Ela afirmou que o aparato tecnológico não causou susto, mas ver os filhos e não poder fazer o que desejava foi um fator difícil de lidar.

Como eu já sabia, eu quis saber quais seriam os próximos passos, então eu pedi uma visita na UTI, conheci todas as UTIS, vi mais ou menos o funcionamento delas, fui na UCI, conheci a UCI, o funcionamento delas... Então é, o susto inicial de ver uma criança numa incubadora eu já tinha visto, já tinha visto a realidade. Então não me foi tão assustador, assim... Mas vê-los é diferente. Na hora que você idealiza alguma coisa, se prepara pra uma coisa, quando acontece é muito diferente. Quando você vê que são seus, que você não vai conseguir encostar, não vai conseguir cuidar, beijar e abraçar é, é pesado (M8).

O sentimento de impotência foi uma reação experimentada apenas por mães nesse estudo. Elas demonstraram essa reação devido à impossibilidade de realizar todos os cuidados de que desejavam com o filho como pegar no colo, abraçar, cuidar, estar perto. Exemplificamos essa situação nos fragmentos de discurso a seguir.

Mas tem hora que bate um sentimento de...Igual, às vezes, ele tá chorando eu não posso pegar pra acalmar ele, sabe? Às vezes, ele tira o acesso, eu sei que ele tá sentindo um pouquinho de dor, incômodo, eu não posso fazer nada (M2).

[...]Mas pra mim, o mais difícil é não poder cuidar, não poder abraçar, não poder beijar... Isso é muito difícil. Eu acho que é o mais difícil para quem está na UTI, né? Deve ser, porque pra mim é. Tá sendo isso. (M8)

Não é fácil não. É difícil. A gente tem que chegar ali, vê ela somente pelo vidro, não poder carregar, não poder abraçar. Tá sendo difícil (M9).

Notou-se em todos os enunciados que as mães se sentiam privadas de realizar algum cuidado com o filho que encontrava-se hospitalizado. Esse sentimento de impotência pode gerar uma gama de respostas emocionais, podendo interferir no desenvolvimento do papel parental.

Após o nascimento de um bebê, espera-se que a mãe desempenhe um conjunto de cuidados visando atender às suas necessidades de “continência”, que compreendem não apenas o ato mecânico de segurar a criança no colo e os cuidados relacionados ao manuseio do corpo, mas também o suporte físico e emocional. Entretanto, quando ocorre a hospitalização do RN, esse exercício da maternagem pode ser comprometido (SANTOS *et al.*, 2017).

A fim de minimizar a separação entre pais e bebês prematuros, a equipe assistencial deve promover a criação de um ambiente receptivo e acolhedor, visando ao estabelecimento de vínculo e o fortalecimento de laços afetivos por meio da sensibilização dos pais sobre a importância de permanecerem na unidade e de prestarem cuidados junto ao filho sob a supervisão da equipe (ZANI; ALVIM, 2017).

O fato de apenas as mães se sentirem impotentes frente à hospitalização do filho prematuro pode estar relacionado a uma divisão cultural do papel feminino e masculino, com a mulher sendo inteiramente responsável pelos cuidados com os filhos e o homem o provedor do lar. Dessa forma, eles não sentem que estão deixando de desempenhar um papel em relação aos cuidados com os filhos.

Contrariamente ao observado na presente pesquisa, o estudo realizado por Frigo e colaboradores (2015), em um hospital público no estado de Santa Catarina, cuja coleta de dados ocorreu na ocasião da primeira visita dos pais à UTIN, apontou que todos os participantes referiram sentimentos de medo, ansiedade, impotência diante da hospitalização e diagnóstico de prematuridade. Essas reações foram associadas ao fato dos pais não participarem do cuidado direto aos filhos internados.

Outro estudo realizado na Itália, com 21 mães e 19 pais de bebês prematuros, cujo principal objetivo foi investigar as respostas maternas e paternas imediatamente após o nascimento prematuro do filho, constatou diferenças significativas entre mães e pais ao aplicarem a escala de estresse parental. Observou-se que a alteração do papel parental é maior nas mães do que nos pais e as mães sentem mais estresse relacionado à aparência dos bebês do que os pais (IONIO *et al.*, 2016).

Embora houvesse uma predominância de sentimentos negativos relacionados à internação do recém-nascido prematuro na UTIN, os participantes expressaram emoção e felicidade pela chegada do filho. M2 relatou o quão emocionante era tornar-se mãe, já M11 associou a emoção ao fato do filho ter sobrevivido ao nascimento.

Então assim, todo momento eu olho assim pra ele, eu, tem hora que eu choro, mas eu choro de felicidade sabe por ter ele ali, por saber que em breve a gente vai tá em casa e que eu sou mãe, que eu virei mãe. Eu, eu não consigo explicar o que é ser mãe porque é um sentimento que só quem é mãe de verdade, que sente amor sabe o que que eu tô sentindo. [...] (M2).

Ver foi uma emoção grande. Que eu pensei que eu ia perder ele. Que eu não vi ele chorando, eu não vi nada, que ele estava meio desacordado na hora que ele nasceu. Tem prematuro que chora, mas ele não chorou. Graças a Deus ele tá bem (M11).

Foi possível observar que alguns participantes apresentaram dificuldade em descrever o que sentiam e, conseqüentemente, os seus discursos denotavam certa ambigüidade. Os pais se sentiam felizes pelo fato de os filhos terem nascido, entretanto, demonstravam tristeza pelo nascimento ter ocorrido de forma prematura. M12 adicionou a separação que tiveram. Constatou-se que essas pessoas tinham em comum o grau de escolaridade baixo, o que permitiu inferir que a dificuldade em fazer a descrição da situação vivida poderia estar associada a isso.

Assim, foi bom e, como se diz, triste ao mesmo tempo né porque é a criança, a gente queria ele. Assim, eu achei bom. Bom e ruim né porque ele nasceu prematuro, teve algumas complicações mas, atualmente tá tudo bem (P4).

Ah, foi ruim... Como dizer assim? Não foi alegria nem tristeza né? Porque alegria... É que eu dei a luz ele, né? E tristeza por ele tá lá. Então eu fiquei dividida entre os dois. Não sei explicar que sentimento que foi não (M12).

Os sentimentos vivenciados por pais e mães dos recém-nascidos prematuros internados na UTIN refletiram na forma como eles avaliaram essa situação. De um modo geral, quando apresentavam emoções predominantemente negativas, os genitores tendiam a julgar esse evento como algo difícil a ser enfrentado. Por outro lado, se esses sentimentos não estavam presentes, a pessoa tendia a avaliar de forma construtiva a situação vivida.

No fragmento de discurso de P3, ele expressou surpresa e aceitação diante do nascimento prematuro da filha. Ao longo da entrevista, ele referiu o sentimento de medo,

todavia, não foi intenso e não impediu o estabelecimento de vínculo entre ele e a filha. M14 comentou sobre a dificuldade relacionada à internação do filho prematuro em UTIN, mas demonstrou uma postura paciente. Ainda, durante a entrevista, também não expressou dificuldade em se relacionar com o bebê. Assim como P4, que, apesar de reconhecer certas dificuldades, não permitiu que interferissem no estabelecimento de vínculo entre ele e o filho.

Olha. É tudo novo pra mim. Eu, na verdade, eu nem imaginava que ia acontecer isso. Pra mim, a minha esposa, igual no começo da gravidez tava tudo legal, pensei que ele ia no prazo correto. É o que a gente espera né. Mas se aconteceu isso, eu tô aceitando. Eu tô aceitando (P3).

É difícil, né? Mas... É a gente acaba acostumando, assim... Tem que ter paciência, igual eles funcionam em um ritmo diferente da gente...(M14)

Assim é difícil né, mas a gente entende o, a dificuldade que a gente tá passando até mesmo ele por causa da locomoção que a mãe dele chegou foi ontem né, aí eu que tava com ele (P4).

Dessa forma, observou-se que embora expressassem sentimentos negativos, quando esses não eram tão intensos, pais e mães com recém-nascidos prematuros hospitalizados em UTIN conseguiam criar vínculo com os filhos, mantendo-se próximos e desempenhando formas de cuidado.

Por outro lado, quando havia uma predominância de sentimentos negativos no discurso, observou-se uma maior dificuldade para lidar com a situação, evidenciada por obstáculos na construção do vínculo e na demonstração de afeto pelo filho, como foi possível notar nos fragmentos a seguir.

E: E porque você não estava com coragem de tocar nelas?

M1: Medo. Medo. Dá muito medo.

(Começa a chorar) Ai eu fico muito emocionada, e começo a chorar de novo. Eu fico muito emocionada porque eu sempre quis muito eles... [...] Então toda vez que eu vejo eu me emociono (mãe se emociona). Porque eu sou mãe, né? Então assim, eu fico assim, eu já falei com eles "ó, não estou conseguindo falar nada com vocês, porque se não vou ficar chorando". Então é uma reza, uma oração que eu faço, alguma coisa, alguma conversa que eu converso com eles que eu já começo a chorar. Então assim, a minha relação está muito na minha cabeça do que eu quero falar, sabe? Do meu

sentimento por eles. Eu ainda não tô conseguindo expor muito porque eu começo a chorar, por ver eles naquela situação...(M8)

Por meio dos relatos da entrevista e das notas do diário de campo da pesquisadora, foi possível apreender a intensidade de emoções negativas experimentadas por M1 durante aquele momento de internação das filhas, e em como isso refletiu na forma de enfrentamento da mãe. Antes mesmo de iniciar a entrevista, era evidente os olhos marejados e o semblante de tristeza dela. Durante vários momentos a emoção tomou conta, sendo traduzida em lágrimas. M1 permaneceu internada por 4 dias após o nascimento das filhas e o seu primeiro contato com elas foi postergado até a sua alta. Um dos sentimentos predominantes no seu discurso foi o medo, fazendo com que ela adotasse uma estratégia de enfrentamento disfuncional, evitando tocar e permanecer por muito tempo perto das filhas.

Já no discurso de M12, um dos sentimentos mais marcantes foi a impotência. Ao longo da entrevista ela se emocionou muito e relatou que estava tendo dificuldade em estabelecer um contato com os filhos, pelo fato de se emocionar muito quando estava perto deles. Dessa forma, a estratégia de enfrentamento adotado por ela foi a extração do leite que seria oferecido aos filhos.

A maioria dos participantes considerou a situação de ter um recém-nascido prematuro internado em UTIN como um evento difícil. Ao falarem sobre a experiência, os discursos vinham acompanhados de muita emoção, sugerindo o quão marcante e intenso era para eles a hospitalização de seu filho.

Nossa, difícil demais. Difícil demais, uma coisa surreal (mãe começa a chorar). Nossa mãe, é difícil, é difícil porque o principal eu acho de tudo é lidar com essas emoções de preocupações deles estarem bem, de saber que eles precisam de um cuidado específico, especializado, que eu não consigo dar e que eu não consigo fazer, não posso fazer nada. Assim, praticamente nada por eles. E eu tenho ficado muito emocionada, eu sou muito emotiva, ai eu não consigo nem conversar com eles, nem, sabe? Sei lá.... Eu não consigo (M8).

Difícil de dizer. É muito difícil ver uma criança pequenininha na incubadora, sem poder pegar e dá mamar ele. É muito difícil ter uma criança prematura (M12).

É importante ressaltar que a apreciação sobre a situação de ter um filho prematuro internado na UTIN sofria mudanças ainda ao longo do período agudo da internação. A princípio, a maioria dos participantes não se sentia bem para permanecer na UTIN (os pais se

sentiam assustados e amedrontados com as características físicas dos filhos). Por vezes, as reações iniciais faziam com que as mães evitassem o contato inicial com os filhos.

No cenário em que a pesquisa foi realizada, os pais tinham livre acesso à UTIN durante as 24 horas do dia e as mães que residiam em outro município, e mesmo aquelas que moravam em bairros distantes, tinham a possibilidade de permanecerem na instituição em uma unidade de cuidado denominada “Espaço de Sofias”. Sendo assim, após a internação da criança, mãe e pai já podiam visitar os filhos e permanecer com eles o tempo que desejassem. Na ocasião da primeira visita, eles eram orientados sobre as particularidades da UTIN e sobre os cuidados que deviam ser tomados naquele ambiente. A equipe multiprofissional dispunha de psicólogo que realizava o acolhimento das mães e oferecia o suporte psicológico. Verificou-se que ao ser indagada sobre a primeira vez em que viu o filho na UTIN, M15 relatou que não tinha vontade de ir até à UTIN, entretanto, a partir do segundo dia de internação, ela afirmou que já conseguia ir várias vezes à unidade ao longo do dia, estabelecia contato físico com o filho e acrescentou que o sentimento de tristeza deu lugar à alegria. Já no discurso de M4, a mudança na apreciação ocorreu à medida que ela observava melhora no estado de saúde da filha.

Nó, o primeiro dia que eu vi ele assim, eu ficava triste assim, aí eu ficava sem saber o que fazer, mas agora do segundo pra cá até que mudou. Eu vou lá, converso com ele... Mudou meu jeito de estar, eu não fico mais tão frágil assim, tinha dia que eu ia lá, no primeiro assim, ia depois voltava chorando... Agora não... Volto... Sorrindo, alegre. Que querendo ou não a gente vê ele lá pensa que tá mal, mas não né. Se ele tá lá é pra melhorar (M15).

Ah...nos primeiro dia foi pior. Agora eu já tô mais tranquila. Nos primeiros dias, a hora que eu vi, nossa! Aquele tamanhinho de gente. Aí eu fiquei muito abalada. Porque eu nunca tinha visto uma criança prematura. Agora, mas vendo que ela tá reagindo bem aos tratamento eu tô ficando mais calminha, mais controlada (M4).

Pode-se considerar que, inicialmente, a hospitalização do RN prematuro em UTIN despertava nos pais medo, susto e insegurança. Isso ocorre devido a características intrínsecas do ambiente, como equipamentos altamente tecnológicos, grande quantidade de profissionais, normas rígidas. Soma-se a isto a percepção dos pais sobre a aparência da criança associada à fragilidade e instabilidade

À medida que os pais se acostumavam com o ambiente e passavam a notar alguma melhora no estado de saúde dos filhos, eles pareciam se sentir mais tranquilos e passaram a permanecer mais tempo junto ao filho.

A convivência entre as mães no Espaço de Sofias e a participação em grupos educativos com os profissionais sobre aspectos relacionados à assistência na UTIN fazia com que as mães recém-chegadas tivessem informações que as permitiam fazer algum tipo de julgamento sobre a condição da criança.

Ainda que não tivessem informações da equipe assistencial sobre a melhora do estado de saúde dos filhos, pais e mães consideravam que a criança estava apresentando uma boa evolução quando passava a respirar sem o auxílio do respirador mecânico, quando ocorria aumento do volume de dieta a ser administrada e quando o filho ganhava peso.

O que me mostra? Tudo. Tudo. Porque ela, do que jeito que eu vi ela no primeiro dia, no segundo dia, eles já tiraram o aparelho de respiração dela, ela está cada vez melhor, já tá ganhando peso. Ela já tá praticamente boa. Só falta ganha uns quilinhos pra nós ir embora, se Deus quiser. É isso (M4).

Aí eu creio que ela tá melhor por causa que tirou os aparelhos. Já tá tomando 11 ml de leite, antes ela tava tomando 1ml por dia (P2).

No que tangia às preocupações dos pais sobre ter um filho internado na UTIN, a maioria referiu piora clínica do bebê e óbito.

Ah... Se ela tiver algum tipo, se ela tiver alguma complicação, sabe? A única coisa que me preocupa é isso (M7).

Dela falecer ué. Passar por tudo isso e acontecer o pior né. Questão de preocupação é isso. Recuperação dela (P1).

Um estudo canadense, realizado com mães e pais de recém-nascidos prematuros, constatou que o trauma relacionado ao nascimento prematuro não estava associado às características físicas dos bebês, como idade gestacional, peso, índice de Apgar e tempo de internação na UTIN, mas sim a incerteza prolongada sobre a sobrevivência do filho (LASIUK *et al.*, 2013).

Apenas uma mãe relatou que se preocupava com os cuidados que o filho poderia precisar no futuro. Isso ocorreu devido ao fato de M12 já ter um filho que nasceu prematuro e demandou cuidados especiais. Essa experiência prévia com os cuidados necessários após a alta da unidade neonatal fez com que ela tivesse preocupações que foram além do que poderia ocorrer no ambiente hospitalar, contrastando com os demais participantes.

É o cuidado daqui pra frente, né? Porque vai ser um pouquinho mais, né? Dentro de casa, porque não vai ser uma criança igual as outras, né? Tem que ter um cuidado mais especial, né? Prematuro... Tem que fazer acompanhamento... Eu já passei por isso né? Eu já sei. Eu sei como é que é. Que tipo de luta eu vou ter que lidar assim, entendeu? Mas tá tranquilo (M12).

Durante a internação do RN na UTIN, sobretudo nos primeiros dias, pais e mães mantêm o foco na saúde precária da criança, de modo que outras preocupações do dia a dia se tornam irrelevantes e a maior preocupação dos pais é a sobrevivência dos filhos (LASIUK *et al.*, 2013). Ao centrarem-se na situação vivida naquele instante, os pais não perspectivam ou até mesmo desconhecem as consequências que a prematuridade pode acarretar no futuro.

Um pai relatou que a preocupação em relação a ter um bebê internado na UTIN era o desemprego.

A minha preocupação mais é o desemprego, que eu tô desempregado aí pra mim ficar locomovendo. Como a gente não tá numa situação muito boa. Assim dá uma certa preocupação (P4).

Como a namorada permaneceu internada após o parto, quem acompanhou a criança na UTIN foi P4 e a preocupação em relação à circunstância de estar desempregado referiu-se à necessidade de recursos financeiros para se locomover até a instituição onde o filho encontrase internado. Em vários momentos ao longo da entrevista, ele falou sobre a orientação que recebeu da equipe assistencial e da importância de estar próximo ao filho.

Quando questionada a respeito das preocupações de ter um filho prematuro internado na UTIN, uma mãe afirmou que esse fato não trazia inquietação.

Preocupações? Ah não sei. Eu acho que eu não tenho preocupação disso, eu acho que eu não tenho preocupação não (M4).

Ao longo da entrevista essa mãe expressou segurança em relação ao estado clínico da filha, utilizando a expressão, por exemplo, “ela está boa” para se referir à condição da criança, atribuindo como requisito para alta apenas o ganho de peso.

Na perspectiva de pais e mães com histórico de filhos prematuros, ficou claro que essa vivência prévia refletiu na forma como eles avaliaram a situação de internação de recém-nascidos prematuros. Ambos relataram que o choque inicial de ver um prematuro na UTIN não ocorria na segunda vez. Além disso, nesses dois casos de história prévia de filhos prematuros,

independente do desfecho vivido – sobrevivência ou óbito do RN – a experiência pareceu ajudar mãe e pai a lidarem com a presente situação.

Então, como eu já tive um prematuro, então quando eu vi ele eu não fiquei assim, tão abalada como da outra vez. Eu era mais nova também, eu tinha 17 anos, né? Mas só que assim, da outra vez eu fiquei muito desesperada, na hora que eu vi ele tão pequenininho lá e tal, frágil... Agora não [...]Eu sei que eu não deveria, mas eu já fiquei preparada porque eu já passei por situação pior, né? [...]O jeito que tá pra mim graças a Deus tá melhor, porque a situação que eu já passei foi mais difícil (M13).

Não tão chocante como foi com a Maria Fernanda. Porque ela foi muito mais miudinha do que ele. Então quando eu vi ele eu pensei, ele tá mais forte do que a Maria, bem mais forte. Então nesse ponto eu fiquei mais, um pouco, vamos dizer aliviado né? [...] E com ele nem tanto, que quando eu vi o peso, que eu vi ele, que chegou ali a respiração num tava tão alta. Aí a gente dá assim, dá uma aliviadazinha né? (P5).

Diante da necessidade de cuidados intensivos ocasionados pelo nascimento antecipado, bebê e família enfrentam separação precoce e prolongada. Nestes casos, a família vivencia uma experiência repleta de sofrimento, insegurança, frustração, desapontamento, medo, tristeza e ansiedade. Ademais, as emoções negativas decorrentes de ter um filho prematuro podem se traduzir em uma incapacidade de interagir e se relacionar efetivamente com o bebê, prejudicando a capacidade percebida de participar dos cuidados necessários para otimizar a saúde do seu bebê e da competência de cuidar da criança (LIMA *et al.*, 2017; YANG *et al.*, 2017).

Ainda no que diz respeito à apreciação, nos trechos apresentados a seguir, observou-se uma avaliação dos genitores sobre a criança. M1 relatou a impressão das filhas estarem sofrendo e sobre não ter coragem de tocá-las. Nos discursos de P1 e M10, foi possível associar o sofrimento deles à avaliação da aparência física dos recém-nascidos ao referirem o aspecto frágil, triste e pequeno dos filhos.

Mãe se emociona. Foi difícil porque dá a impressão que elas tão sofrendo. Com uns carçoço assim, tudo roxinha, tanto de fio. Hoje que eu tive coragem de encostar um pouquinho assim nelas, antes não tinha (M1).

Ela é pequenininha, tão delicadinha, naquele estado dói muito (M10).

Foi horrível. Foi ruim porque...quando tá dentro da barriga você imagina, assim você vê, eu não fiquei pesquisando em foto, internet, nada. Quando eu vi ela daquele tamanhinho assim. Meu Deus do céu! Não parece com ninguém. Que eles tem tipo. Eles parecem um com os outros né que são pequenos. Mão grande, pés. Bem magrinho, nossa! É muito ruim mesmo viu (P1).

Essas falas despertam uma reflexão sobre o quanto a apreciação negativa sobre a criança pode dificultar a formação de vínculo entre genitores e os seus filhos no período da internação da UTIN.

O estabelecimento de vínculo entre pais e filho prematuro é essencial na unidade neonatal em virtude do contato físico e a interação, por meio da fala dos pais com o RN, resulta em benefícios para o seu crescimento e desenvolvimento (LIMA *et al.*, 2017).

Existem diversas interações que se originam na mãe e que afetam o bebê, sendo uma delas o toque. O interesse da mãe em tocar o bebê é um sistema comportamental importantíssimo para ligar a mãe ao bebê. Quando estudadas sobre o toque, as mães de bebês prematuros apresentaram uma sequência de toques em seus filhos similar à sequência de mães de bebês termo, mas essa sequência ocorria em uma taxa muito mais lenta (KLAUS; KENNEL, 1992). A necessidade de um tempo maior para tocar o filho prematuro pode estar relacionada ao sentimento de medo expresso pela maioria de mães que vivenciam tal situação.

Além do toque, o contato olho-a-olho é um dos elementos desencadeantes inatos de respostas maternas de cuidado. O sistema visual fornece uma base importante para a mediação do apego materno (KLAUS; KENNEL, 1992).

Ainda no que se referiu à apreciação sobre a situação de ter um filho prematuro internado na UTIN, uma mãe falou da dificuldade relacionada ao desconhecimento sobre o ambiente e equipamentos.

Não é fácil. Não é fácil. A gente chega lá não entende nada, vê aquilo tudo apitando, leva muito susto. Fácil não. Outro dia eu cheguei era procedimento, mas a gente não entende né. Até que vem uma pessoa te falar o que que tá acontecendo a gente leva muito susto, muito (M1).

Um pai avaliou a situação de ter um filho na UTIN com ênfase no ambiente e rotina hospitalar.

O ambiente hospitalar é um ambiente muito ruim. A gente só fala de, de problema. De mais nada. Você fica tão perdido aqui dentro. Quando eu falo assim. Eu falo por

mim, né. Você não sabe que dia que é, que hora que é. Você esquece das coisas. Você fica totalmente focado pra aquilo ali ó. Muito cansativo. Uma rotina muito ruim, né. Você acorda de manhã, toma café, toma banho e vem pro hospital. Quem quer isso? (P1).

Sobre a apreciação à respeito do papel parental, os pais relataram que desempenhavam a parentalidade estando próximos dos filhos durante a hospitalização. Já as mães relataram que realizavam a extração do leite materno, administravam a dieta e faziam o posicionamento canguru.

Sinto porque eu estou ficando mais perto dele e estou tentando fazer tudo que tá ao meu alcance pra ajuda-lo porquê... Principalmente, eles falou que, como o médico falou comigo que a presença do pai e da mãe era muito importante pra ele. Aí eu estou fazendo de tudo pra mim ficar o mais próximo dele o possível (P4).

No momento? Eu acho que tá boa. Eu vou lá ver ela. Eu estou presente. Estou indo lá ver ela, eu coloco a mão na mãozinha dela. Ela segura, aperta. Não sei se ela sente que sou eu. Ah, eu gosto dela (P3).

Bom, eu não posso fazer muita coisa né? Porque quem sabe olha ela é eles né. Eu não dou conta, mais eu estou lá. Fico lá toda hora, tiro o leite pra, estou conseguindo tirar o leite pra passar pra ela. Na hora das dietinha dela, eu mais ele gosta de tá lá pra nós mesmo segura lá pra ela. Tá indo (M5).

Ah, só de... O cuidado que eu faço com ela é de dar alimentação pra ela, as dieta dela (M14).

Quando indagadas sobre o papel de mãe, uma participante relatou que ainda não sentia que estava conseguindo desempenhar as suas funções.

Ainda não estou sentindo ainda. Acho que a ficha ainda não caiu (M6).

M6 permaneceu internada após o nascimento do filho e teve a oportunidade de vê-lo após o nascimento, no dia seguinte, quando foi transferido para o hospital no qual a pesquisa foi realizada. Ela teve contato novamente com o bebê no nono dia de internação, após ter recebido alta da maternidade. Podemos associar o fato de M6 ainda não sentir que estava desempenhando o seu papel de mãe por não ter mantido contato com o filho após ele ter sido transferido.

A mãe que passa pela experiência de internação do filho na UTIN pode sentir uma perda da função materna, tendo, por consequência, dificuldade de reconhecer-se como mãe, haja vista que há uma equipe que se apropria dos cuidados que, em uma circunstância de normalidade, seriam realizados por ela desenvolvimento (LIMA *et al.*, 2017).

A ligação única, específica e duradoura formada entre a figura materna e o bebê, definida por Klaus e Kennell como *bonding*, é facilitada pelo sistema hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebê. Essa ligação se inicia nos primeiros contatos entre a figura materna e o recém-nascido. A proximidade entre mãe e bebê após o parto tende a favorecer o *bonding* materno, contribuindo para interações mais positivas na díade, posteriormente (ALEXANDRE *et al.*, 2016).

Klein apud Albuquerque e Oliveira (2018) afirma que os cuidados proporcionam a formação do vínculo, pois constituem um elo afetivo entre a mãe e o bebê por meio do toque, do calor humano, da linguagem, do olhar, do sorriso e do colo.

Nessa categoria foram observadas questões específicas do gênero dos genitores, especialmente o sentimento de impotência, que foi característico das mães e ausente nos pais participantes do estudo. A forma como construíam a parentalidade também apresentou certa peculiaridade, reafirmando a hegemonia cultural do papel de mãe como principal figura provedora de cuidado ao filho.

Essa avaliação cognitiva que os genitores tiveram a respeito da internação do recém-nascido prematuro está fortemente relacionada ao comportamento que eles adotaram para lidar com a situação vivida.

#### 6.4.2 Vulnerabilidade da família

Esta categoria analisa situações vivenciadas pelas famílias que podem gerar acúmulo de tensões e fatores estressantes, contribuindo para maior fragilidade do sistema familiar no momento em que este se depara com o evento estressor, ou no período de ajustamento (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

Além das situações que se apresentam concomitantes ao evento estressor, a própria internação do recém-nascido na UTIN desencadeia demandas com desafios para a família. A separação imposta pela internação, a adaptação a uma nova rotina, a reorganização de tarefas anteriormente realizadas, a instabilidade de um ente que demanda cuidados intensivos somam-se a outros fatores, interferindo no processo de adaptação e ajustamento familiar.

O estresse parental na UTIN é influenciado por uma gama de características sociodemográficas, obstétricas e relacionadas aos próprios recém-nascidos. É sabido que, dentre outros fatores, o status socioeconômico e a exposição a outros eventos estressantes impactam na forma como os pais percebem o nascimento prematuro (BAÍA *et al.*, 2016).

As principais situações evidenciadas e que serão abordadas nesta categoria foram: condição socioeconômica desfavorável e desemprego, saúde mental comprometido, existência de outros filhos que demandam cuidados, o fato de ser mãe adolescente, conflitos entre membros da própria família, experiência com desfechos ruins com prematuros e falecimento de familiares.

A vulnerabilidade financeira, representada pelo desemprego foi a mais frequente entre os participantes. Nove famílias possuíam pelo menos um de seus membros desempregados. Os fragmentos dos discursos dos participantes, apresentados a seguir, permitiram constatar que o fato de estarem desempregados por ocasião do nascimento de uma criança prematura era uma preocupação adicional, uma circunstância concomitante ao evento estressor, o que contribuiu para o aumento da tensão no sistema familiar.

Desemprego. Meu marido desempregado, trabalho dobrado né? Eu tenho que me virar e tudo (M12).

A minha preocupação mais é o desemprego, que eu tô desempregado aí pra mim ficar locomovendo. Como a gente não tá numa situação muito boa. Assim dá uma certa preocupação (P3).

Nesse momento o ruim é que eu não tenho as coisas né. Causa que eu tô construindo casa eu peguei o meu dinheiro tudo e fui pra lá, entendeu? Aí. Igual eu falei ela veio adiantada. Num tava planejado isso. Num tinha nada planejado. O planejamento era terminar a casa e a, e a XXX ((mãe)) ganhar ela e já ir pra nossa casa (P2).

M12 vivia com os três filhos e o companheiro, com recursos financeiros provenientes de pensão alimentícia dos filhos e de programas sociais como o Bolsa Família. Naquele período, ela não estava trabalhando e o companheiro realizava trabalho informal, esporadicamente. Ela relatou estar preocupada com aquela situação pelo fato de ter iniciado uma reforma em casa para a chegada do novo membro da família. Entretanto, como ele nasceu antes da data prevista, ela não conseguiu terminar a reforma e comentou que teria dificuldades financeiras para a finalização.

P3 e a namorada também estavam desempregados. Como é possível visualizar no genograma da família 7 (Figura 9), todos os membros da família de P3 estavam desempregados; e na família de M 5 as quatro pessoas que residiam na casa também estavam desempregados. Diante da situação econômica desfavorável, P3 mostrou-se preocupado pelo fato de não dispor de recursos financeiros suficientes para ficar se locomovendo até a instituição onde o filho encontrava-se internado. Essa condição poderia comprometer a interação entre pai e filho durante a hospitalização e prejudicar o processo de adaptação/ajustamento da família naquele período.

As situações de vulnerabilidade socioeconômica vivenciadas pelas famílias representam um fator de estresse adicional no gerenciamento da situação de ter um filho prematuro internado na UTIN, podendo tornar a adaptação ainda mais difícil.

Em revisão sistemática norte-americana realizada por Prouhet e colaboradores, que investigaram o estresse dos pais em UTIN, identificou-se que o status de emprego dos pais foi um fator que impactou em seu estresse psicológico (PROUHET *et al.*, 2018). Outro estudo cujo objetivo foi conhecer a vivência de famílias que tiveram seu bebê internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) desde o nascimento constatou que a falta de recursos financeiros, assim como os transtornos para deslocamento do domicílio ao hospital foram apontados como dificultadores para o acompanhamento mais continuado do bebê internado e para a conquista de uma condição de equilíbrio familiar (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

No fragmento apresentado a seguir pode-se notar como a situação financeira frágil pode implicar dificuldades para a formação de vínculo entre pais e filhos e ainda comprometer o apoio, devido à ausência dos familiares.

Na minha, eu creio que sim né, na deles eu creio que também porque eles ficam lá preocupados né. Até, ele falou que eles queriam vim, mas eu falei “não, CTI não é assim não, é... Tem um horário e vai entrar uma pessoa só né...aí resolveram deixar pra ele (marido) vim. Ai conseguiram essa carona acho que ele vem amanhã. E ele também fica com vontade de ficar aqui né. Porque ele falou “eu podia ficar aí com você”, aí eu falei “mas aqui não tem como você ficar”. A não ser depois que tiverem alta né. Aí por ser gêmeas acho que eles deixam ele ficar. Mas ele tá bem apreensivo, a gente vê. O dia que ele veio. Só que quando ele chegou aqui ele conseguiu só uma hora. Que a carona que deixou ele já ia passar dentro de uma hora, pra levar de volta. Então foi tudo muito rápido (M1).

M1 relatou a dificuldade do esposo em acompanhar a internação das filhas na UTIN. A instituição oferecia um espaço para permanência das mães na instituição, mas os pais não podiam ficar no local. M1 e o marido eram do interior e, no momento, apenas ela estava trabalhando. O esposo tinha o desejo de acompanhá-la, no entanto, faltavam recursos até para que realizasse visitas às filhas. Ele teve oportunidade de vê-las uma única vez durante a primeira semana de internação por ter conseguido uma carona.

Um estudo realizado em Montes Claros (MG) também identificou como dificuldade o fato de os pais não residirem na cidade cenário do estudo, o que requer recursos financeiros para transporte e locomoção até o hospital e hospedagem durante toda a internação do RN (SILVA *et al.*, 2018).

Um estudo multicêntrico realizado em 12 UTINs de quatro países da América do Sul (Argentina, Chile, Paraguai e Peru), com o objetivo de determinar o estresse precoce nos pais de recém-nascidos de muito baixo peso teve, dentre outras variáveis, um baixo nível de escolaridade e desemprego associados a níveis mais altos de estresse parental (WORMALD *et al.*, 2015).

O baixo nível socioeconômico foi identificado como um risco no processo de adaptação ao nascimento de um recém-nascido pré-termo, pois pode restringir o acesso da família aos recursos financeiros, sociais e culturais (PINELLI, 2000), podendo ser justificada pela reduzida disponibilidade de recursos para se adaptar à situação e à dificuldade de compreender as informações fornecidas pelos profissionais.

O contato físico com o bebê, que é importante para reduzir o nível de estresse e necessário para promover interações precoces positivas que irão favorecer o apego seguro, pode ser comprometido se as famílias não dispõem de recursos financeiros para permanecer junto ao filho durante a internação.

Ademais, foram identificadas nos membros da família vulnerabilidades psicológicas, especialmente quadros depressivos.

Quando eu entrei em depressão eu e a minha irmã nem falava muito, ela viu que eu estava entrando em depressão e veio conversar comigo (M10).

Ele (pai da criança) tem depressão também. O pai dele batia muito nele, e o pai dele queria que a mãe dele tirasse ele, não queria que ele nascesse. E daí, quando ele completou 7 anos, no dia do aniversário dele, o pai dele deu um tapa na cara dele, ele caiu e desmaiou. E ele chora toda noite, sabe? Ele tem uma foto lá e ele chora, chora, chora, que ele também é muito sentimental [...] (M10)

M10 relatou que começou a apresentar depressão depois que o irmão foi preso. Durante a gravidez ela preferia ficar sozinha e tinha vontade de sumir, juntamente com a filha. Após o nascimento e internação da filha, ela afirmou que pensou que não conseguiria lidar com a situação pelo fato de ser muito sentimental e por desistir facilmente quando enfrentava alguma situação difícil. Ao ser indagada sobre as preocupações naquele momento de hospitalização da filha, ela destacou a preocupação com o companheiro que também tinha depressão.

Ao conversar com P5 durante a construção do genograma (Figura 14), ele relatou que a esposa tinha histórico de depressão e que parou de fazer uso das medicações após descobrir a gravidez. Ainda relatou que a situação da doença estava controlada, entretanto, afirmou que era necessário ficar vigilante. A esposa preferiu ficar em casa sob os cuidados da mãe, enquanto o quadro de hipertensão arterial não se estabilizava e quem estava acompanhando a criança na UTIN era o pai. A esposa visitou o filho duas vezes no decorrer de 5 dias. P5 expressou preocupação em deixar a esposa como acompanhante do filho e temia que ela não aguentasse lidar com uma notícia ruim sozinha.

Além da condição socioeconômica desfavorável e do estado emocional alterado, notou-se que o fato de pais de recém-nascidos prematuros terem outros filhos em casa que demandavam cuidado também era uma situação que poderia trazer mais preocupação e tensão, tornando o sistema familiar mais fragilizado.

Muito difícil. Porque você pensa também na outra menina que está lá. É ela liga perguntando que dia que vai vim mesmo? (M1).

A distância, né? Porque eu tô cuidando de um aqui mas tem três lá. [...] Que é difícil? É. Eu tô aqui mas é a mesma coisa de estar com a cabeça lá (M12).

M1 e M12 ressaltaram a dificuldade de vivenciar a internação de um filho tendo outros em casa que demandavam cuidado. M1 comentou ao longo da entrevista da ansiedade da filha mais velha para que a ela e as irmãs retornassem para casa. Já M12 se sentiu dividida por ter mais três filhos em casa, mas afirmou que o filho que estava internado era o que mais precisa da presença dela neste momento.

As mães apresentam preocupações relativas ao funcionamento da família na sua ausência e em decorrência da hospitalização do filho, preocupam-se com questões financeiras, com a comunicação entre os familiares, assim como com a saúde de algum familiar em especial,

sendo que a preocupação predominante é com o cuidado de outros filhos (CARMONA *et al.*, 2012).

Identificou-se também no presente estudo como vulnerabilidades a ausência do pai da criança. M7 relatou que o pai da criança era muito imaturo e ainda não havia visitado a filha, que possuía 9 dias de nascida. Embora ela não tenha falado muito a respeito do pai da criança, durante o período em que se referiu à ausência dele apresentou um semblante triste e ressaltou que esperava mais apoio das pessoas mais próximas. M9 queixou-se da falta de apoio do pai em relação à filha, afirmando que sentia falta. Ela expressou uma insatisfação pelo fato do pai ter tido um contato breve com a filha e se preocupava em relação às consequências da ausência dele para a filha.

E: O pai do bebê já veio algum dia?

M7: Não. Até hoje não.

E: Além disso, tem algo que torna essa experiência mais difícil?

M9: O convívio do pai da Manu, né? Eu acho que era um momento pra ele tá dando mais apoio, não em relação a mim, mas em relação a Emanuele porque ela sente falta. A gente sente que ela sente falta.

Além da falta de apoio do pai da criança, M7 relatou que perdeu um ente querido há menos de um ano e que sente falta dessa pessoa durante aquele período de internação da filha.

Eu sinto muita saudade, sabe? Eu fico pensando se ele tivesse aqui, ia ter me ajudado porque minha avó é muito difícil, sabe? Eu e a minha vó nunca deu certo. A minha vó nunca deu certo com ninguém, quem salvava ela era meu avô, sabe? Ai eu fico pensando assim e bate aquela saudade (M7).

Além disso, identificou-se como vulnerabilidade o próprio período da vida em que algumas mães se encontravam, a adolescência, período este reconhecido por uma série de transições físicas, biológicas e psicológicas. Considerando a definição de adolescência da Organização Mundial da Saúde, que corresponde ao período entre 10 e 19 anos de idade, 5 mães do presente estudo eram adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Tornar-se mãe na adolescência por si só gera inúmeros sentimentos uma vez que este não é considerado o melhor momento para a vinda de um filho. Se esse acontecimento ocorre

acompanhado de um nascimento prematuro, o filho emerge na vida familiar de forma inesperada, sendo percebido pela família como um ser inacabado, que pode até mesmo ser rejeitado. Esse evento gera intensas transformações e mudanças na vida de cada membro da família, podendo gerar danos emocionais, especialmente para os adolescentes (HONORIO *et al.*, 2019).

Por meio de seu discurso, duas mães adolescentes expressaram que a falta de alguém por perto tornava a experiência de ter um prematuro internado na UTIN mais difícil. Além disso, duas mães adolescentes relataram que não queriam ir à UTIN visitar o filho pela primeira vez e que, naquela ocasião, ficaram muito emocionadas e não conseguiram permanecer por muito tempo junto ao filho.

Foi difícil, eu não consegui ficar muito tempo a primeira vez. A hora que eu cheguei lá, eu comecei a chorar e eu sai (M7).

Eu não queria ir lá não. Só que depois eu tomei coragem e fui (M15).

E: E o que torna essa experiência difícil?

M14: O fato de não ter ninguém próximo da minha família (M14).

Os relatos de M7 refletiram o medo e a insegurança de enfrentar a situação de internação do filho. Ao longo da entrevista ela relatou que embora a sua mãe passasse algumas horas no hospital diariamente, o fato de estar sozinha como acompanhante da filha tornava a experiência vivida mais difícil. M14 também referiu o fato de não ter ninguém próximo da família como um fator que dificultava a vivência da hospitalização do filho.

A vivência de uma situação de crise, como a internação de um filho prematuro na UTIN, em um momento da vida característico por importantes mudanças, pode tornar a pessoa ainda mais vulnerável, trazendo implicações na forma como ela irá lidar com a situação.

Além disso, fica patente que a existência de conflitos familiares também torna o sistema familiar mais fragilizado, no sentido de que a família dispõe de menos recursos e/ou estratégias para resolução de problemas. No genograma da família 4 (Figura 6), a relação entre M3 e as irmãs é conflituosa, ela relatou também durante a entrevista que não tinha um bom relacionamento com a família do companheiro. O relacionamento com o companheiro era bastante conturbado. Já P2 revelou que tinha um vínculo frágil com os seus familiares e que não podia contar com eles quando tinha alguma dificuldade.

Não posso contar com ninguém. Nem com minha esposa. Não tem ninguém do meu lado. Sou eu sozinho. Só eu pelos meus dois filho e pela minha esposa. Não tem mais ninguém que ajuda em nenhuma bala. Eles fizeram ao contrário [...]. Mas eu precisava da minha família, nunca me deram a mão. Me deram assim a mão quando eu era pequeno pra até deixar eu grande. Depois que eu fiz doze anos eu já não morava com a minha mãe. Eu já dormia na rua. Já dormia na casa dos outros. Não tinha prazer de tá dentro da casa da minha mãe (P2).

Um outro fator que pode contribuir para um aumento da tensão familiar são as experiências prévias com desfechos ruins.

Ah foi, me deu uma sensação de medo, porque... Já teve muitas pessoas lá no Barro Preto que teve menino prematuro e não resistiu (M14).

Igual, eu ficava assim repensando porque minha irmã, Janice, a única lá em casa que tem filho mesmo é só Eunice. Janice já teve quatro perda, então foi muito difícil. Ah... Principalmente a última dela que quem acompanhava ela, quem tava com ela era eu lá no hospital lá. Nó! Era muito triste, muito (M6).

Os trechos supracitados permitem observar como a vivência prévia de algum desfecho ruim com prematuros ou perdas gestacionais podem aumentar os sentimentos negativos das mães, deixando-as ainda mais fragilizadas.

Saber que ao se instalar na unidade familiar o estressor encontra a família com as suas vulnerabilidades é fundamental para a equipe que atua na UTIN, evitando a realização de julgamentos, especialmente sobre a mãe, além de contribuir no entendimento de como as famílias, mesmo apresentando vulnerabilidades, conseguem se adaptar a situação.

As dificuldades adicionais associadas a uma situação de crise são inúmeras, podendo incluir tensões nas relações conjugais e entre irmãos, conflitos entre pais e filhos, diminuição de recursos emocionais e financeiros, mudanças no ciclo de vida familiar, entre outras. O fato da família experimentar várias situações de crise sobrepostas, cada uma com diferentes exigências, dificulta o alcance de adaptações na unidade familiar (McCUBBIN, McCUBBIN; 1993).

Diante do exposto, reconhecer que determinadas situações podem interferir na apreciação da família requer que os profissionais as identifiquem e reconheçam como potenciais de vulnerabilidade e apoiem a família, auxiliando a identificar formas de lidar com essas situações.

### 6.4.3 Resolução de problemas e *coping* familiar

A resolução de problemas e *coping* familiar é um componente do processo de ajustamento. McCubbin e McCubbin definem essa dimensão como o controle de estresse da família por meio do uso de suas habilidades para gerenciar ou eliminar um estressor e dificuldades relacionadas (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A capacidade de uma pessoa de resolver problemas é influenciada pelo modo como ela avalia cognitivamente a situação e pela forma como ela se comporta, ou seja, o estilo de resolução de problemas que ela adota. Esse comportamento pode ser sistemático e racional ou disfuncional. Estratégias de resolução de problemas racionais envolvem a capacidade de definir o problema, gerar soluções alternativas, tomar decisões e implementar soluções. O estilo disfuncional inclui atitudes impulsivas ou evitativas, caracterizadas por indiferença, passividade e procrastinação (SHANI-SHERMAN *et al.*, 2018).

As principais estratégias de enfrentamento adotadas pelos participantes desse estudo foram: a espiritualidade e religião, a proximidade do filho e o envolvimento nos cuidados, o recebimento de notícias sobre melhorias no estado clínico da criança e mudanças na rotina.

Entre as diversas formas de lidar com o estresse, a religião e a espiritualidade são formas comuns de enfrentamento (FOCH; SILVA; ENUMO, 2016). Sendo assim, torna-se importante discorrer brevemente acerca da conceituação de tais termos. A espiritualidade é um conceito amplo que engloba o domínio existencial e a essência do que é ser humano, não é sinônimo de uma doutrina religiosa, mas pode ser considerada como uma filosofia do indivíduo, de valores e de sentido da vida. Compreende comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, fornecendo um significado para a vida (NASCIMENTO *et al.*, 2013). Por outro lado, a religião é a crença em uma força divina ou sobrenatural, que tem poder acima de tudo e está ligada a uma doutrina específica (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2009).

Os relatos indicaram que os participantes reconheciam Deus como colaborador para enfrentar a desafiante situação de internação do filho em UTIN. Os depoimentos a seguir demonstraram a intensidade da fé e o valor que ela representava aos pais e mães no momento da internação.

Eu acho que a fé. A fé é o principal. Que tudo vai dar certo. Que Deus tá no controle de tudo. A gente agarra nisso e a gente espera (M1).

Deus. Deus é maravilhoso na vida da gente. É Deus mesmo que dá força, que injeta uma injeção de ânimo, de não perder o foco né. Que as coisas vão dá certo sim. Que

ela vai sair daqui e vai ser uma menina muito boa, vai ter muita saúde. Uma vitoriosa, uma guerreira mesmo [...] (P1).

A fé assim... Muita fé mesmo, porque é... Nós somos católicos assim, acreditamos muito em Deus assim, então é a fé (M13).

No presente estudo, os participantes lançaram mão da religiosidade apenas de forma positiva. Em contraposição, um estudo realizado com 52 pais de recém-nascidos prematuros admitidos em uma UTIN, além de utilizarem o enfrentamento religioso positivo, os participantes também o fizeram de forma negativa, expressando um sentimento de abandono e considerando o vivido como uma punição de Deus (BRELSFORD *et al.*, 2016).

O sentimento de esperança e otimismo também foram expressos pelos participantes para lidarem com a internação do filho.

A esperança de sair com ela daqui bem. Que é tudo que eu mais quero (P3).

Positividade. É eu tá sempre bem comigo mesma, pensar positivo... Sempre isso (M9).

É... A fé e a esperança, né? Que ajuda bastante, que se você não tem esperança de algo acontecer de bom, nada acontece da maneira que você quer e você planeja (M14).

A gente tem que lidar com isso, a gente não pode ir lá e tirar da UTI, porque tá sendo o melhor pra ela e eu vou continuar com o pensamento assim: “ela vai conseguir” (M10).

Estudo realizado por Vieira *et al.*, (2015) desvelou a espiritualidade como um fenômeno positivo e que, por meio da fé, de orações e da esperança em Deus, as mães evitam o desânimo e mantêm a esperança no reestabelecimento da saúde do filho na UTIN.

Os dados permitem apreender que o sentimento de esperança também foi promovido por meio da relação construída entre pais/mães e filhos, encorajando-os a permanecer por perto e proporcionando força e otimismo de um bom desfecho.

Nó, está sendo tipo assim... O pensamento só nela, só quero saber só dela, entendeu? Tipo assim, eu quero viver só pra ela agora. Quem está me dando forças agora é ela. Ela que tá me dando força (M10).

É. Ela me ajuda no emocional né. Que eu quero ela bem, tô com esperança de ver ela bem e ir embora com ela (P3).

Não é fácil assim, eles que dão força pra gente. Eu... Depois que eu comecei a fazer o canguru e ter o contato com ele, nossa... Eu melhorei demais, eu tava bem desanimada, assim (M13).

Charepe e colaboradores partem da premissa de que a família possui padrões de interação baseados na esperança, a qual pode ser entendida como um atributo central à vida, que confere *empowerment* e está relacionada com a ajuda externa, o cuidar e o conceito de fé. Os padrões de interação em esperança apresentam três níveis de relação, quais sejam: relação promotora de esperança, que envolve estratégias como o apoio emocional, presença efetiva e escuta ativa, demonstração de aceitação incondicional, tolerância e compreensão entre os membros da família; relação com antecedentes de esperança, que envolve a recordação de relações que no passado forneceram esperança diante de eventos significativos, de modo que essa lembrança ajuda a identificar quem é o membro mais bem posicionado para disponibilizar apoio em determinada situação/contexto; e relação de ameaça à esperança, que representam a chave para o sofrimento e um estímulo para a esperança (a espera) incluindo dor, angústia espiritual, fadiga, ansiedade, isolamento social e solidão (CHAREPE *et al.*, 2011).

Na situação de ter um filho prematuro internado na UTIN, a relação estabelecida entre pais e filhos configura-se como uma relação promotora da esperança, uma vez que a criança desperta nos pais a esperança, deixando-os mais fortes e confiantes para lidar com a situação.

Os participantes também encontraram conforto estabelecendo interação com o filho e exercendo algum cuidado. M8 enfatizou que foi necessário um maior investimento na amamentação, que era algo que ela reconhecia que poderia fazer e que a tornaria útil naquele momento, trazendo benefícios não só para os filhos como também para ela. As falas de M5 e M10 reafirmaram como a realização de uma ação que traz benefícios ao filho, como a extração do leite, pode auxiliar as mães durante esse momento.

-

E, às vezes eles estão nervosos, tão chorando e eu não consigo fazer parar de chorar e eu não posso fazer nada, realmente específico. Ai eu foquei na amamentação. Eu falei assim "eu vou focar na amamentação", porque a amamentação é uma coisa que eu consigo fazer, que eu vou poder fazer e que vai ajudar (M8).

[...] Fico lá toda hora, tiro o leite, tô conseguindo tirar o leite pra passar pra ela. Nas hora das dietinha dela, eu e ele gosta de tá lá pra nós mesmo segura lá pra ela [...] (M5).

Tirar o leite do peito. Isso também está me dando muita força (M10).

Observamos que no contexto de prematuridade e adoecimento, as mães são destituídas do seu lugar de cuidado ao filho e precisam reinventar novas formas de fazer isso a fim de construir o seu papel. Como exemplo pode-se citar M8, que se sentia incapaz de acalmar os filhos durante o choro e se dedicava ao atendimento de uma outra necessidade, que era a oferta do leite materno. O estudo realizado por Gaíva e Schochi constatou que a inserção materna no processo de trabalho ocorre em etapas, sendo que a primeira é a produção de leite materno. A mãe, muitas vezes, é tratada como uma máquina de produzir leite (GAÍVA; SCHOCHI, 2005). Isso remete a uma reflexão sobre como a equipe tem atuado no sentido de identificar as necessidades maternas de desenvolvimento de competências que, no caso supracitado, inclui a competência de reconhecer a necessidade do bebê e de dar resposta a elas.

Nesse sentido, torna-se fundamental o reconhecimento da singularidade das mães pelo profissional de saúde de forma a possibilitar a construção com elas de uma relação de alteridade, com possibilidades de participação no cuidado (DITZ *et al.*, 2011).

Durante os primeiros dias de vida do neonato prematuro, devido à necessidade dele permanecer na incubadora e de seu cuidado ser realizado principalmente por profissionais, as mães podem se sentir externas ao processo de cuidado do filho (DUARTE; SENA; TAVARES, 2010). A não realização, por parte da mãe, de ações esperadas após o nascimento do filho, tais como amamentar, trocar fralda, dar banho, abraçar, ficar com o filho no colo, podem fazer com que ela experimente uma perda de função, podendo, inclusive dificultar no reconhecimento do próprio filho (KLEGER *et al.*, 2019).

No presente estudo, como a abordagem aos pais foi realizada no período agudo da internação, em virtude do bebê estar em incubadora e ter a maioria dos cuidados realizados por profissionais, as mães se engajaram na extração do leite e também na realização da posição canguru. A posição canguru é uma oportunidade da mãe estabelecer contato físico com o bebê, transmitindo carinho, calor e criando condições para o fortalecimento do vínculo e do apego, potencializando o seu papel de cuidadora, além de impactar sobre os sentimentos negativos oriundos dos primeiros dias de internação do RNPT na UTIN (NUNES *et al.*, 2015).

Esse cuidado apresenta diversos benefícios como a redução no período de separação mãe-filho, o estímulo ao aleitamento materno, maior preparo das mães para cuidar do seu filho e diminuição na permanência hospitalar (DUARTE; SENA; TAVARES, 2010). Vale destacar a importância da realização dessa posição também pelo pai. No enunciado de discurso

apresentado a seguir, a mãe expressou melhora no seu estado emocional após a realização do canguru.

Eu... Depois que eu comecei a fazer o canguru e ter o contato com ele, nossa... Eu melhorei demais, eu tava bem desanimada, assim (M13).

A participação materna no cuidado do filho internado na UTIN e a conseqüente construção do seu papel parental é um processo contínuo e dinâmico, que depende do interesse dos profissionais em incorporá-las e da reorganização do processo de trabalho na UTIN. Sendo assim, ora a mãe negocia a realização de algum cuidado com o profissional, ora o próprio profissional cria possibilidades para atuação materna. Há que se considerar que o processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cuidadora, que não é específico de nenhum campo profissional, mas um território para a atuação de todos. Esse espaço se destaca como um ponto de maior interseção entre trabalhadores e usuários. A exemplo dessa situação de internação do RN prematuro, pode-se observar que a dimensão cuidadora amplia a participação da mãe no cuidado por meio da realização de ações como a troca de fralda, o banho e a alimentação (DITZ *et al.*, 2011).

A maior interação e participação dos pais no cuidado favorece o enfrentamento da experiência de ter um prematuro na UTIN (DUARTE; SENA; TAVARES, 2010). Os profissionais, ao permitirem a autonomia dos pais na realização dos cuidados do filho, promovem emoções positivas, tais como aumento do controle, confiança, autoconhecimento e otimismo. A equipe assistencial deve estabelecer comunicação efetiva com as mães a fim de instrumentalizá-las e empoderá-las a participar da assistência ao filho de forma autônoma. As mães que participam dos cuidados do filho prematuro e da tomada de decisão durante a internação na unidade neonatal se tornam mais habilitadas e menos ansiosas ao assumir responsabilidades no cuidado do filho após a alta hospitalar (ARAÚJO; RODRIGUES; PACHECO, 2015).

Os benefícios da participação materna são reconhecidos em estudos que demonstraram efeitos clínicos, tais como a redução da dependência do ventilador, melhora do ganho ponderal, início da sucção não nutritiva mais precocemente, autorregulação, melhora neurocomportamental, redução do tempo de hospitalização e dos custos do cuidado. Assim, a mãe entender que sua presença é percebida pelo filho a estimula a permanecer próxima ao neonato. Essa participação é necessária para o desenvolvimento psicoafetivo da criança e para

o desenvolvimento de seus papéis sociais como mães/pais também “prematurados” (ROLIM *et al.*, 2016).

Destaca-se que todos os pais participantes do estudo utilizaram como estratégia de enfrentamento manter-se próximos aos filhos. P4 estava acompanhando o filho desde o dia em que ele foi transferido ao hospital cenário da pesquisa. Já P2 alterou a sua rotina para ficar próximo à filha. Ele era autônomo e após trabalhar durante o dia, ia ao hospital para ver a filha e passava a noite em uma barraca na parte externa da instituição. Nesses casos, o enfrentamento se fez pela participação, traduzida na ação concreta de estar ao lado.

Sinto porque eu tô ficando mais perto dele e tô tentando fazer tudo que tá ao meu alcance pra, pra ajuda-lo porquê... Principalmente, eles falou que, como o médico falou comigo que a presença do pai e da mãe era muito importante pra ele. Aí eu tô fazendo de tudo pra mim ficar o mais próximo dele o possível (P4).

Por isso que eu me acampe aqui na frente, por isso que eu tô ali na barraca dormindo aqui. [...]Fui e subi correndo pra mim ver ela porque eu sei que o meu papel é esse. Transmitir uma força, uma como que fala, uma energia positiva ali, uma...força. Filinha você vai ficar forte, você vai conseguir passar por cima disso tudo. Você é forte, igual o papai. Eu falei com ela foi isso. [...] Eu sei do problema, mas eu não vou deixar o problema me abalar pra perto da minha filha. Como que fala? Como de mau humor. Eu quero tá do lado dela ali só se eu tive feliz e muito feliz. Eu não vou chegar perto dela com eu de mau humor, triste ou então nervoso. Não vou. Não dá, entendeu? (P2).

Em revisão integrativa realizada por Sanchez e Ribot, evidenciou-se que as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais de bebês prematuros foram proteger a mãe e o bebê, obter compreensão da família e dos profissionais de saúde, manter-se informado sobre os acontecimentos, assim como assegurar o contato com o neonato (IZQUIERDO SANCHEZ; FERRER RIBOT, 2018).

Em estudo realizado no cenário da pesquisa anteriormente, foi constatado que uma das formas de cuidar do filho é estar ao lado, observando o que se passa com ele e como ele está reagindo (DITZ, 2009). Araújo e Rodrigues também identificaram que estar presente era fundamental para manter os laços afetivos e contribuir para a recuperação dos bebês (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

A mesma estratégia não foi comum em todas as mães participantes do estudo. Cinco mães, inicialmente, adotaram uma postura de forma a evitar a situação, evidenciada pelos

relatos, tais como: não ter coragem de ir à UTIN, evitando ir ou não permanecendo por muito tempo na unidade.

Assim, hoje eu fui lá duas vezes. Eu não estou conseguindo ver ela com o respirador. Porque dói muito, é difícil [...] Fico pouco tempo, eu não consigo ficar lá muito. Mas ai a mesma hora que eu estou saindo me da vontade de ficar... E se eu ficar lá parece que ela sente que eu estou mal (M10).

Pais e mães verbalizam a importância de transmitirem uma energia positiva aos filhos, como se fosse uma única via – de mãe para filho. Cabe reconhecer que, embora expressem dessa forma, relações dessa maneira se sustentam por reciprocidade. Da mesma forma que transmitem pensamento e energia positiva, o contato com os filhos também sustentam e conferem um sentido a todo o investimento que estão fazendo.

Pais e mães expressaram, frequentemente, o desejo de cuidar e passar sentimentos positivos ao filho internado. Os dados permitiram apreender que mesmo experimentando sentimentos negativos diante da internação, eles se esforçavam para transmitir aos filhos força, tranquilidade, segurança e amor, por acreditarem que a criança era capaz de perceber o estado de humor e responder a isso.

É eu chegar lá e passar sempre positividade pra minha filha. Que não adianta eu chegar lá fraca, que não vai resolver. Eu tenho que chegar bem, passar pra ela amor, carinho, deixar bem claro pra ela que eu tô aqui esperando ela até o último dia que ela sair (M9).

Tem hora que é difícil, mas a gente aguenta firme pra ver ele bem, pra passar segurança pra ele. Passar e mostra que eu tô tranquila, que eu tô bem (M2).

A, eu procuro assim dar todo, eu procuro transmitir todo amor que eu tenho por ele, sabe? Eu converso com ele, quando eu estou no canguru eu canto pra ele, eu converso, faço carinho... Então assim, pra ele sentir que eu estou aqui mesmo por ele. Pra tudo assim... Se preciso eu dou a minha vida por ele, então eu procuro transmitir isso pra ele. Eu converso muito com ele, ponho sempre a mão nele, pra ele sentir... Porque eu sei que ele sente meu cheiro, ele sabe que sou eu que tô ali, pela minha voz também... Então eu tenho que passar assim, o máximo de amor que eu posso pra ele (M13).

A percepção de melhorias graduais no estado de saúde da criança foi determinante para ajudar os pais a enfrentar a situação. Na fala de M7 foi possível verificar como a prática de um

cuidado, no caso a colocação do bebê na posição pele a pele e o recebimento de uma notícia boa sobre a melhora clínica da filha, traz o sentimento de felicidade e auxilia a mãe a permanecer por mais tempo próxima da filha.

[...] Comecei a fazer canguru com ela. Agora eu já vou na UTI fico lá um tempão. Só fico mais aflita na hora que a pediatra vai passa, mas aí depois que ela passa e fala “a ela deu uma melhorada”, aí eu fico toda feliz (M7).

Então assim, no primeiro dia eu fiquei muito triste, eu fiquei muito assim, pensativa, com medo. Mas aí depois que tirou o respirador, a médica falou que ele já tava reagindo bem. No outro dia já aumentou a dosagem do leite dele. Eu já tô, eu já consegui tirar mais, então assim. Eu fui ficando feliz com aquilo ali. Eu estou feliz porque eu tô conseguindo tirar o meu leite pra amamentar ele. Eu tô feliz porque cada hora eu vejo que ele tá bem. É...cada hora que vou lá eu vejo que... eu converso com ele, ele se acalma. Então assim, isso me deixa tranquila. E a minha tranquilidade eu passo pra minha família (M2).

Também na fala de M2 observou-se que melhorias no estado de saúde da criança e a extração do próprio leite a deixavam mais tranquila e feliz. A comunicação desses resultados à família auxiliava na manutenção do bem-estar de todos.

Corroborando os achados dessa pesquisa, o estudo realizado por Yang e colaboradores (2017) que teve, dentre outros objetivos, examinar as estratégias de enfrentamento dos pais de recém-nascidos prematuros internados em UTIN, constatou que a interação com a criança, exercendo algum cuidado, a melhora do estado clínico do bebê e a religiosidade foram estratégias utilizadas a fim de aliviar as emoções negativas e lidar com a hospitalização.

Um estudo realizado no Reino Unido, envolvendo sete famílias com RN que permaneceram internados na UTIN, teve como objetivo compreender os fatores que suportam o enfrentamento. Foi possível identificar que o impacto do bem-estar do bebê no enfrentamento se destacou e todos os pais falaram sobre isso como sendo um fator importante na previsão de seu próprio bem-estar emocional (STACEY; OSBORN; SALKOVSKIS, 2015).

Outros participantes alteraram a própria rotina ou a dos demais familiares a fim de gerenciar a internação do filho. No presente estudo, tanto mães quanto pais permaneceram como acompanhantes dos filhos na UTIN e, com isso, tiveram que delegar as funções anteriormente realizadas a outros membros. No caso de M7, uma mãe adolescente, os pais se reorganizaram para oferecer suporte emocional à filha, enquanto a neta permanecia internada (genograma e ecomapa família 8 – figura 10).

Eu mudei totalmente né? Eu fico em função dos meninos, é... A gente vem de manhã e volta a tarde assim, ai eu volto a tarde dentro do que eu consigo uma carona, por exemplo, porque eu moro em Nova Lima, então eu volto a tarde é, umas cinco horas, sete horas depende do dia. Por exemplo, tem gente que me busca, que me leva é... Meus irmãos, às vezes, me trazem de manhã, porque eu não tô conseguindo dirigir ainda é... [...] (M8)

Teve. Igual meu pai, ele, pra ele ter mais tempo de vir aqui, ele pegou e, e arrumou, comprou uma ordenha porque ele tira leite lá e tem o serviço da fazenda dele, porque ele não tem empregado na fazenda. Aí ele comprou uma ordenha e fez o serviço todo da fazenda antes, comprou a ordenha pra um peão tirar o leite porque o dia que veio ele passou o fim de semana aqui com a gente e, a minha mãe largou a vida dela pra viver aqui agora, ai ela saiu da roça e veio pra cá e a rotina é totalmente diferente, igual ela nunca tinha andado de metrô, nunca tinha pegado esse tanto de ônibus para poder vir aqui, muitas coisas (M7).

Risos. Mudei tudo. Tudo ué. Tem. Igual, já tem duas semanas que não vou no meu trabalho. Entendeu? Então, totalmente. Ela não vai, tá aqui também tem trinta dias. Então mudou tudo. Totalmente fora da rotina (P1).

O nascimento e a internação de um filho prematuro é um evento que muda a dinâmica de toda a família. O acúmulo e a repercussão das demandas geradas obrigam as famílias a alterarem substancialmente suas rotinas, criando outras prioridades (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Na busca de estratégias que permitam a superação dos obstáculos inerentes à internação de um filho prematuro na UTIN, visando à busca de reestruturação do núcleo familiar, o papel das fontes de apoio assume condição primordial, conforme discutido na categoria anterior.

O enfrentamento pode ser tanto adaptativo, com os pais mobilizando o apoio social, quanto não adaptativo, incluindo comportamento de evitação, raiva dirigida a algum funcionário, uso de álcool e abuso de substâncias. As estratégias de enfrentamento focadas no gerenciamento das emoções e a avaliação do estresse podem ser mais adaptativas do que o enfrentamento focado no problema em uma situação médica, no qual os eventos estão menos sob o controle dos pais (SHAW *et al.*, 2013).

De uma forma geral, os participantes desse estudo utilizaram um enfrentamento adaptativo, o que levou pais e mães a tentarem desempenhar o papel parental e a manterem o funcionamento familiar.

O uso de estratégias de enfrentamento disfuncionais podem estar mais relacionadas à ocorrência de transtorno do estresse pós-traumático em pais de recém-nascidos prematuros. Ademais, a adoção de estratégias de evitação e reação passiva tendem a estar associados a uma maior prevalência de problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão (SHAW *et al.*, 2013).

O uso de habilidades construtivas de resolução de problemas estão relacionadas a uma melhor adaptação e níveis mais baixos de sofrimento emocional entre pessoas que lidam com estressores médicos (SHANI-SHERMAN, 2018). Este fato aponta para a importância de se investir em abordagens de intervenção que aprimorem as estratégias de resolução de problemas nas pessoas que lidam com algum tipo de estressor.

Sendo assim, como o enfrentamento é passível de intervenções terapêuticas, o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas é fundamental, a fim de evitar transtornos mentais e adaptações mal sucedidas.

#### 6.4.4 Apoio social

Nessa categoria serão apresentados os recursos que contribuíram com as famílias desse estudo para enfrentar a situação de ter um recém-nascido prematuro internado em UTIN, quais sejam: um membro da família ou a família como um todo, profissionais de saúde, a instituição, outras mães e pais de recém-nascidos prematuros e amigos.

O conceito de apoio social, à luz do referencial teórico de McCubbin e McCubbin (1993), utilizado no presente estudo, é definido como todas as pessoas ou instituições que a família usa para lidar com a situação adversa, sendo provenientes de recursos formais ou informais. Em um nível social mais amplo, as políticas governamentais que apoiam as famílias também podem ser consideradas como recursos da comunidade (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

O apoio social constitui-se como um fator que contribui na redução do estresse e no desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento, ajustamento e adaptação nas diferentes situações vivenciadas pelos indivíduos por representar sistema de relações interpessoais com ênfase na disponibilidade de ajuda em situações de necessidade (GUIMARÃES; MELO, 2011).

A rede social compreende não apenas a família nuclear ou extensa, mas os vínculos interpessoais ampliados, como os amigos, os colegas de trabalho ou de estudo e as relações que

são estabelecidas na comunidade. A rede proporciona apoio social (CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014).

A principal fonte de apoio social identificada nos discursos dos participantes foi a própria família, com destaque para um membro específico ou a família como um todo.

[...] Uma porque eu não estou lá pra cuidar dos outros que está lá né? Ai já é um começo. E eles tão me ajudando assim cuidando dos meus meninos que estão lá (M12).

Assim ó, eu conversei com o psicólogo. Meu marido também conversou comigo. Minha mãe sempre conversa comigo... Tá ajudando bastante. Hoje eu choro menos, eu chorava demais com vontade de ir embora. Hoje eu tô mais calma, tô falando com você aqui e nem chorando eu tô. Vontade eu tenho, né? Mas eu tô aprendendo a lidar com a situação (M12).

A atuação do apoio social se dá por meio de contribuição para a manutenção de funções das participantes ou no cuidado com elas próprias. A participante M12 relatou auxílio da família para lidar com a situação de ter um filho prematuro internado na UTIN por meio do cuidado com seus outros filhos que estavam em casa e também por meio do apoio emocional. O fato de ter com quem conversar e expor seus anseios e preocupações tornava a situação vivida com melhores condições de ser gerenciada (Figura 16).

No caso do casal M5 e P3, ambos participaram do estudo. Eles eram do interior e optaram por alugar um espaço próximo ao hospital, onde pudessem permanecer juntos para acompanhar a internação da filha. Eles relataram a importância do apoio da família de diversas formas a fim de manter o funcionamento familiar e auxiliar no enfrentamento do evento estressor. M5 afirmou que tanto os seus familiares quanto os familiares do seu esposo estavam sendo fundamentais, proporcionando apoio espiritual e desempenhando atividades para manutenção da renda familiar. Eles eram lavradores e todas as atividades que ambos realizavam estavam sob os cuidados de dois irmãos e um sobrinho de P3. Os dois reconheceram a importância desse apoio, uma vez que a única fonte de sustento deles advinha do cultivo de alimentos (Figura 8).

P3 ressaltou o apoio que está oferecendo à esposa acompanhando-a desde a internação da filha. Ele notou que, naquele momento, tão importante quanto ficar próximo da filha era estar ao lado da esposa para que ela, ao se sentir segura, também passasse segurança à filha. Ao

longo da entrevista ele disse que precisava ir até a cidade dele para resolver questões importantes, no entanto, acreditava que não ficaria tranquilo se fosse.

Eles sempre tá aí do lado apoiando, dando conselho, rezando, questão financeira, qualquer coisa que a gente pede eles, eles tão do lado da gente. Tanto faz a parte minha como a dele tá sempre ajudando no que pode. [...] (M5).

Ah, acaba que muda né porque...Tipo meu marido mesmo, ele largou as coisas dele lá, eu também larguei. [...] Aí meu marido veio e tá aí também desde o dia cinco até hoje, ele tá aqui, do meu lado. A irmã dele foi pra lá pra nossa casa cuidar dos bicho. Acaba que muda algumas coisa. O sobrinho dele também tá lá (M5).

Agora, eu sinto que a minha esposa tá precisando mais de mim quase do que a minha filha no momento. Igual, tipo quando ela ficava aqui na casa da gestante, antes da bebê nascer na hora que eu virava as costa, mesmo a irmã dela ficando aqui, ela ficava chorando. Então isso vai dá segurança pra ela. E eu sinto que se eu tiver passando segurança pra ela, ela também passa segurança pro bebê porque o bebê tem mais ligação com a mãe do que com o pai, não é isso mesmo? (P3).

Esse achado corrobora o estudo realizado na Suécia com pais e mães que tiveram seus bebês internados na UTIN, que ao analisar a experiência dos pais, identificou uma vivência permeada de desafios, dentre os quais se destacou a vontade de atender às necessidades das mães (LUNDQVIST; WEIS; SIVBERG, 2019). Ainda, uma revisão sistemática sobre a experiência dos pais de recém-nascidos prematuros em UTIN constatou que a primeira preocupação dos pais era com a parceira e só depois de estarem tranquilos em relação ao bem-estar dos cônjuges é que eles começaram a se preocupar com o estado de saúde da criança (PROVENZI; SANTORO, 2015).

Com o nascimento de um bebê prematuro, pai e mãe vivenciam um estressor comum, o que contribui para intensificar o papel de apoio do cônjuge em comparação a outras fontes de apoio. Esse apoio oferecido pelo parceiro(a) é um dos principais caminhos para lidar com estressores entre os pais, como gravidez, parto, parto prematuro e crianças com alguma doença (SHANI-SHERMAN *et al.*, 2018).

No caso de P4, além da família prover recursos financeiros para que ele conseguisse se locomover diariamente até a instituição na qual o filho estava internado, ele contou também com a compreensão de um primo que morava na região metropolitana de Belo Horizonte e o proporcionava um local para ficar (Figura 9).

Não, acho que o que mais me ajuda é isso e a compreensão do meu primo deu ficar na casa dele. Por mais que eles mora, ele, a namorada e a irmã, mas ele me abrigou (P4).

Em estudo realizado com 28 mães, por Souza e colaboradores (2010), cujo objetivo foi analisar as vivências maternas com o recém-nascido prematuro durante a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e nos primeiros dias após a alta hospitalar constatou que, na condição de acompanhante do filho internado em UTIN, a mãe é submetida à rotinização hospitalar e afastada do seu convívio familiar e social em detrimento da priorização do cuidado ao filho hospitalizado. Dessa forma, o apoio familiar torna-se essencial pois pode facilitar a permanência dos pais no hospital ao assumir os seus compromissos com outros filhos ou tarefas diárias (FERNANDES; SILVA, 2015).

Na presente investigação, os pais que se encontravam na condição de acompanhantes dos filhos também tiveram os familiares como a principal fonte de apoio, assumindo responsabilidades ou fornecendo apoio emocional e material.

O apoio social atua como fator de proteção dos sintomas de depressão maternos, uma vez que proporciona no indivíduo o sentimento que está sendo cuidado, amado, estimado e o permite sentir-se como coparticipante de uma rede social que demanda obrigações mútuas. Considerando que a alta prevalência da sintomatologia depressiva em mães de neonatos prematuros hospitalizados pode ocasionar prejuízos não só à saúde psíquica materna como também à relação mãe-bebê, torna-se de extrema relevância investigar o apoio social com vistas a fundamentar ações em saúde para a melhoria da díade mãe-bebê (DANTAS *et al.*, 2012).

Os profissionais de saúde, especialmente, médicos, enfermeiros e psicólogos também se destacaram nos relatos como um recurso importante para lidar com a situação de ter um filho prematuro internado na UTIN. Estes são evidenciados nos genogramas e ecomapas das famílias 2, 14 e 17.

Ótima. Principalmente o médico. Nossa... Eu acho que em 33 anos foi o único médico que assim tratou a gente bem, conversou direito e explicou coisa por coisa pra gente. Eu dei muita sorte. [...] E ele é bom que a gente não precisa perguntar, ele já conhece a gente até pelo nome. Eu acho muito bom. Graças a Deus. Ai eu tive a certeza que o XXX (nome da criança) ia sobreviver. Porque a dedicação do médico e das meninas lá é excelente (M12).

Mas graças a Deus eu tô muito tranquila porque eu vejo que as enfermeiras, as meninas que tão lá. Então assim, na minha ausência é elas. E elas cuidam muito bem, com muito carinho. Elas conversam com ele, brinca, sabe. Então assim, o sentimento delas ali conta muito. Então eu fico tranquila mais por isso porque eu vejo que assim. Elas, na minha ausência ali elas tá fazendo do mesmo jeito que eu tava (M2).

O apoio dos médicos, dos enfermeiros... Sempre dando notícias dele, tem ajudado muito (M15).

Podemos observar como a relação de confiança estabelecida entre M12 e a equipe assistencial, por meio da qualidade do atendimento prestado pelos profissionais, permitiu com que a mãe tivesse otimismo em relação à sobrevivência do filho. Ela ressaltou ainda a satisfação em ser reconhecida pelo nome. Notou-se como a forma de tratamento pelo profissional pode ser determinante no estado emocional das mães e até mesmo no modo como elas perspectivam o futuro do filho.

M2 expressou tranquilidade pelo fato de ter segurança nos cuidados desempenhados pelas enfermeiras da UTIN.

O apoio social da equipe da unidade neonatal, que ocorre por meio do vínculo, da escuta qualificada e da oferta de informações proporciona à família segurança, tranquilidade e satisfação, podendo auxiliar no ajustamento e adaptação familiar diante da internação do recém-nascido prematuro. Lima e colaboradores (2017) observaram que para enfrentar e suportar de forma menos traumática o internamento do prematuro na UTIN, os familiares buscam conforto na assistência prestada a ele, visto que ressaltam seu bem-estar e o cuidado como fator que sobressai às dificuldades enfrentadas no momento.

Por outro lado, quando a equipe não estabelece uma comunicação efetiva com os pais, em vez de proporcionar ajuda, ela acaba aumentando os sentimentos negativos diante da situação vivenciada. É o foi possível observar no trecho adiante.

Tem umas enfermeiras que são assim, anjos, mas tem umas também que é difícil. A gente vê que elas não têm paciência pra estar ali trabalhando com aquilo, sabe? E assim... Eles são tão pequenos, tão frágeis e ontem à noite mesmo... Tinha uma lá à noite que ela não estava com paciência, assim, aí eu fui muito educada com ela. [...] Então eu procurei tratar ela bem, fui educada com ela, só que eu não fiquei tranquila não. De madrugada eu fui lá olhar ele (voz de choro) (M13).

É eu acho que a questão maior é essa mesmo, a pessoa tá ali mexendo no seu filho, que tá tão pequenininho, tá tão frágil e não te dá nenhuma posição. Ó, mãe, tô fazendo isso, viu? Isso aqui é coisa simples. Nesse dia que eu cheguei lá eu quase morri, nó tá operando! Eu cheguei tinha tipo um biombo assim tampando, tinha duas né com ela, com aquelas roupinha verde, quando vai fazer cirurgia, máscara, tinha uma mesinha assim cheia de tesoura. Aí eu falei eles tão operando ela né (M1).

Na fala de M13 foi possível notar como o fato de não confiar no profissional aumentou a vigilância da mãe, deixando-a mais preocupada. Ao falar sobre a situação vivenciada ela se emocionou, mostrando como o ocorrido a deixou fragilizada emocionalmente. M1 também passou por situações que a deixaram insatisfeita com alguns membros da equipe assistencial. Ela ressaltou, sobretudo, o fato de alguns profissionais não explicarem sobre os procedimentos que estavam realizando. Ao longo da entrevista ela relatou que vivenciou mais de uma situação que a deixou angustiada por não saber do que se tratava.

Em estudo realizado em São Paulo com 72 familiares de recém-nascidos internados em UTIN, com o objetivo de identificar a importância das necessidades de familiares de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal, identificou-se que as necessidades de segurança e informação foram apresentadas como as de maior importância para os familiares de pacientes internados em UTIN (SOARES; SANTOS; GASPARINO, 2010).

O ambiente de alta densidade tecnológica da UTIN requer dos profissionais um conhecimento técnico a fim de manipular as tecnologias<sup>21</sup> duras. Isso resulta em um excesso de objetividade dirigida aos receptores da assistência, deixando à margem o olhar para a subjetividade dos RN e seus familiares. Os diversos recursos e tecnologias, embora reflitam no aumento da sobrevivência do RN, podem dificultar as relações interpessoais. A rotina extenuante da unidade neonatal faz com que os profissionais, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente (SANTOS *et al.*, 2018). O cuidado em UTIN ainda revela-se mecânico e impessoal, centrado em técnicas e procedimentos considerados capazes de garantir a sobrevivência do prematuro (DUARTE *et al.*, 2012).

---

<sup>1</sup> Considerando o conceito de tecnologias proposto por Merhy, as tecnologias *duras* são aquelas onde há trabalho morto já realizado e incorporado, como nos equipamentos, protocolos e rotinas; as tecnologias *leve-duras* são aquelas onde há possibilidade de novas incorporações de saberes, sendo exemplo os saberes da clínica médica, a clínica psicanalítica e a Epidemiologia. E as tecnologias *leves* seriam aquelas intensamente presentes nas relações que se estabelecem no contato do trabalhador com o usuário ou com os demais trabalhadores, e que se traduzem na escuta, no vínculo, nas possibilidades de intervenção que se fazem presentes na relação entre as pessoas (MERHY, 1997).

A extensão do cuidado do RN à mãe e demais membros da família com vistas à aquisição de competências parentais é um componente imprescindível na assistência do enfermeiro na UTIN. Esse olhar dos integrantes da equipe à família faz-se necessário com o intuito de apoiar os familiares, auxiliá-los na aceitação da condição da criança e na reorganização da rotina familiar, além de favorecer a ligação afetiva e preparar os pais para os cuidados pós-internamento (SANTOS *et al.*, 2018).

Um dos meios essenciais para promover apoio e reduzir o estresse causado pela internação do RN prematuro é a comunicação entre pais e funcionários. Um estudo realizado na Suécia com dezoito famílias cujos filhos ficaram internados em UTIN, com o objetivo de descrever as experiências de comunicação dos pais com a equipe da UTIN, constatou que uma comunicação atenta pode facilitar a vivência da internação. Em contraste, a falta de comunicação contribui para sentimentos de solidão e abandono, aumentando a carga de uma situação já difícil. A disponibilidade para conversar e esclarecer dúvidas foi determinante para estabelecer uma relação de confiança que proporcionou aos pais tranquilidade e capacidade de se orientarem diante da situação (WIGERT; BLOM; BRY, 2014).

Diante do exposto, torna-se evidente como a conduta do profissional pode reduzir ou intensificar o sofrimento do paciente. Sendo assim, salienta-se a importância do estabelecimento de uma comunicação efetiva entre profissionais e família, ou seja, a equipe deve ter sucesso em fornecer as informações e apoio emocional aos pais, respondendo as suas necessidades. No presente estudo, o fato de explicar os procedimentos previamente, por exemplo, seria uma atitude que minimizaria o sofrimento vivido pelas mães.

Wigert, Blom e Dry (2014) ainda ressaltam que o encorajamento para cuidar da criança internada em UTIN fortaleceu o vínculo parental e tornou os pais confiantes em sua própria capacidade de cuidar de seu bebê depois que receberam alta para a casa. Dessa forma, um bom relacionamento entre família e equipe assistencial é essencial para favorecer o vínculo entre família e RN, para melhorar o bem-estar dos familiares e torná-los aptos para cuidar do filho após a alta para o domicílio.

Além de estabelecer uma comunicação efetiva, a adoção pelos profissionais, de uma atitude empática e compassiva, poderia ajudar os pais a compartilharem a sua experiência e necessidades e, assim, a equipe teria melhores condições de aliviar o seu sofrimento, uma vez que só é possível interferir naquilo que se tem conhecimento (WIGERT; BLOM; BRY, 2014).

A fim de proporcionar ao neonato uma assistência qualificada, há que se considerar um aumento das possibilidades do cuidado, de tal forma que este seja orientado não apenas na busca da recuperação biológica do recém-nascido, mas que abranja de forma equânime o atendimento

das suas necessidades psicossociais e emocionais, considerando a sua inserção na família e sociedade. Dessa forma, almeja-se que o cuidado nas UTIN seja pautado pelo princípio da integralidade.

Duarte e colaboradores salientam a necessidade de incorporação do diálogo como uma das tecnologias de cuidado ao recém-nascido, possibilitando aos profissionais de saúde e às mães fazerem circular seus interesses e serem escutados, permitindo a construção de um cuidado comprometido com a subjetividade, a autonomia e a alteridade dos sujeitos (DUARTE *et al.*, 2012).

A própria instituição na qual os filhos encontravam-se internados foi identificada como uma rede de apoio pelos participantes.

É... Tipo assim, porque esse hospital aqui lá na nossa região é muito bem avaliado, sabe? Tipo assim, o hospital Sofia, aí tipo assim, a segurança de que ela tá num lugar bom, que ela está sendo cuidada direito (M7).

Na verdade, eu só tenho a agradecer porque aqui eu tenho onde dormir, alimentar e ficar perto do meu filho, sabe? (M12).

Quando indagada sobre o que a auxiliava naquele momento de internação da filha, M7 ressaltou a própria instituição pelo fato de ser reconhecida em sua região de origem como um local que presta uma assistência qualificada. Já M12 disse que a instituição a ajudava ao proporcionar um local adequado onde ela pudesse ficar perto do filho.

Além de uma reorganização do processo de trabalho e da ampliação do foco do cuidado, a filosofia adotada pela instituição na qual se presta o cuidado é fundamental para a garantia da integralidade da assistência, uma vez que a primeira rede social institucional da qual o bebê e a família dispõem para atender as suas demandas é a unidade neonatal. O serviço em questão adota um modelo de assistência conhecido como Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru. Essa política compreende ações voltadas para o desenvolvimento da criança desde o pré-natal de alto risco, passando pela unidade neonatal, até a alta hospitalar do bebê. Essas ações são desenvolvidas em três etapas: a 1ª e a 2ª no ambiente hospitalar e a 3ª no ambulatorial, cujos fundamentos básicos são norteados pelo respeito à subjetividade e pela capacidade neurológica do bebê, além do acolhimento de sua família (BRASIL, 2013).

Ademais, o hospital contava com outras estratégias de humanização centradas na integralidade do cuidado: o Espaço de Sofias, local destinado à permanência das mães para

acompanhamento de seus filhos internados na UTIN; livre acesso aos pais durante as 24 horas do dia à unidade neonatal, flexibilidade aos visitantes e disponibilidade de uma equipe multiprofissional para acompanhamento das famílias.

Dos 20 participantes que contribuíram com o estudo, 16 eram do interior e 12 estavam hospedadas no Espaço de Sofias. Ademais, das 15 mães participantes, 5 ficaram internadas na casa da gestante antes do nascimento do bebê. Essa internação prévia em outro setor da instituição pode ter contribuído para uma maior percepção de apoio oferecido pela instituição.

Além das fontes de apoio supracitadas, quatro participantes relataram que as outras mães que vivenciavam aquela situação também estavam ajudando. Podemos observar pelos relatos que esse auxílio aconteceu de duas formas diferentes. As mães que já estavam há mais tempo, por terem mais conhecimento acerca dos equipamentos e procedimentos típicos da UTIN, compartilhavam as informações e as experiências às outras recém-chegadas, deixando-as mais tranquilas. Ademais, o fato de verem outras pessoas que estão passando pela mesma situação ou que viveram momentos até mesmo mais complicados as encoraja a enfrentar o estressor.

Ali mais seria as outras mães mesmo, que tão na mesma situação. Porque quando uma chega assim, muito abalada, geralmente a que tá aqui há mais tempo tem mais experiência. Que elas lá, elas sabem o nome tudo daqueles equipamentos. Elas ‘ah não, aquilo ali é isso’. Então elas que vão explicando [...] (M1).

Ajudado? É eu vê que eu não tô sozinha, sabe? Você olha, chega lá em cima. Você olha, você vê caso pior do que o meu. Mãe que tá aí há vários meses. Isso me conforta demais porque não é só eu que tô passando por isso. Não é só eu não. Acho que é isso (M4).

Ajudam, que você ouvindo as histórias assim, você começa a compreender melhor como funcionam as coisas e... Tipo assim, tem histórias que são mais pesadas e que dá forças pra você continuar (M14).

A convivência contínua com outras mães que enfrentam a mesma situação favorece a construção de relações de ajuda. Elas confortam-se mutuamente e, mesmo diante de acontecimentos inesperados e ruins, buscam unir as forças, a esperança e a fé para enfrentar as dificuldades (DITZ; MOTA; SENA, 2008).

Um estudo realizado no Paraná com quatorze mães e dois pais, cujo objetivo foi descrever a vivência dos familiares em relação ao internamento do prematuro em UTIN, também identificou, assim como nesta investigação, uma atitude dos familiares de ancorarem-

se nos quadros clínicos mais graves de outros RNs para auxiliar a enfrentar o momento atual (LIMA *et al.*, 2017).

Um pai destacou amigos como fonte de apoio. Inclusive, um deles estava hospedando a esposa de P1 e a levava diariamente ao hospital para ficar com a filha.

O suporte dos familiares né. Dos amigos que é...igual a Euliane mesmo ia ficar no espaço Sofia aqui, pra ficar mais próximo da Ana né. Mas aí não. Esse amigo meu, que é padrinho de casamento nosso, não aceito não. "Você vai ficar aqui em casa. Você pode trabalhar que eu levo ela todos os dias no hospital e busco, nem precisa pegar uber, táxi, nada não, eu faço questão" [...](P1).

Durante o período agudo de internação do RNPT na UTIN, houve uma predominância de apoio social à família do neonato advinda dos familiares, profissionais de saúde, instituição, demais mães e pais que se encontravam na mesma situação e amigos. Essas pessoas fornecem apoio emocional, material e informação às famílias que vivenciam essa situação.

A rede social estabelecida é fundamental pois se trata de um recurso essencial para a família em um momento de crise. Dessa forma, os profissionais de saúde devem reconhecer a sua importância e auxiliar a família a identificar fontes de apoio a fim de alcançar uma boa adaptação.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desse estudo foi possível apreender os elementos que compõem o processo de adaptação da família ante a situação de internação do recém-nascido prematuro, no que se refere as vulnerabilidades da família, a apreciação que essa tem acerca do evento estressor, as estratégias de enfrentamento utilizadas e o apoio social recebido. É patente como a existência e relação desses componentes determinam a adaptação da família à situação vivida.

Foi possível identificar que as vulnerabilidades da família representam um fator de estresse adicional no gerenciamento da situação de ter um filho prematuro internado na UTIN, podendo tornar a adaptação ainda mais difícil. Nas famílias do presente estudo as principais situações que contribuíram para o aumento da tensão foram: condição socioeconômica desfavorável e desemprego, quadros psicológicos, existência de outros filhos que demandam cuidados, o fato de ser mãe adolescente, conflitos entre membros da própria família, experiência com desfechos ruins com prematuros e falecimento de familiares.

A apreciação da família acerca do evento estressor foi marcada por uma intensidade de sentimentos que, muitas vezes, expressaram ambiguidade. Medo, culpa, frustração, impotência, tristeza, amor e alegria foram os sentimentos mais frequentes entre os genitores. A forma como a família avaliava a situação de internação do filho prematuro refletiu nas dificuldades vivenciadas, sobretudo no desafio para desempenho do papel parental. A avaliação de pais e mães diante do evento estressor mudou ao longo dos primeiros dias de internação, à medida que se acostumavam com o ambiente e passavam a notar alguma melhora no estado de saúde dos filhos. O julgamento feito por eles influenciou nas estratégias de enfrentamento utilizadas. Observou-se que quando apresentavam emoções predominantemente negativas, os genitores tendiam a julgar esse evento como algo difícil a ser enfrentado. Por outro lado, se esses sentimentos não estavam presentes, a pessoa tendia a avaliar de forma construtiva a situação vivida.

Identificou-se que a espiritualidade, a proximidade do filho e o envolvimento nos cuidados, assim como a melhora no estado clínico da criança e alterações na rotina foram estratégias de enfrentamento adotadas pelos participantes do estudo. De uma forma geral, pais e mães adotaram estratégias que favoreceram a adaptação. Houve uma peculiaridade em relação ao gênero na análise deste componente do processo de adaptação. Todos os pais participantes do estudo adotaram como estratégia de enfrentamento manterem-se próximos aos filhos, postura não foi comum a todas as mães, uma vez que cinco delas, inicialmente, optaram por uma postura de forma a evitar a situação vivida.

No que tange ao apoio social, durante o período agudo da internação, houve uma predominância de apoio à família do neonato advinda dos familiares, profissionais de saúde, instituição, demais mães e pais que se encontravam na mesma situação e amigos. Essas pessoas proporcionaram apoio emocional, material e de informação. Constituindo, Portanto, uma rede apoio formada pelas pessoas mais próximas ou que se aproximaram destes pais e mães por vivenciarem situações semelhantes.

Evidenciou-se o impacto que o relacionamento com a equipe assistencial desempenha no gerenciamento do evento estressor. O estabelecimento de uma relação de confiança dos familiares com a equipe favoreceu sentimentos positivos, tais como: segurança, tranquilidade, amenizando as dificuldades inerentes à situação. Por outro lado, se isso não era estabelecida uma relação de confiança, as famílias referiam também sentimentos de insegurança e impotência em relação ao cuidado do recém-nascido, que podem comprometer o vínculo e trazer graves consequências para o desenvolvimento futuro da criança.

Dessa forma, destaca-se a importância da equipe assistencial, tanto no sentido de promover uma relação com a família que favoreça a sua autonomia no cuidado, tanto na perspectiva de ter conhecimento dos fatores relacionados à adaptação familiar à situação de internação do recém-nascido prematuro, a fim de auxiliá-la nesse processo.

O presente estudo possibilitou uma maior compreensão sobre como os pais lidam com a internação do RN prematuro durante os primeiros dias. Dessa forma, o conhecimento oriundo deste estudo pode aumentar as possibilidades de intervenção da equipe assistencial no que tange aos componentes envolvidos no processo de adaptação durante a fase aguda da internação, podendo conduzir as famílias a uma boa adaptação.

Os achados dessa pesquisa possibilitam o exercício de uma prática baseada em evidências ao oferecer subsídios para que os profissionais envolvam os pais nos cuidados ao RN na UTIN, aumentando a confiança deles no cuidado do bebê e desempenho do papel parental. Ressalta-se que essa ação também pode resultar em melhorias no desenvolvimento infantil.

O presente estudo apresenta como limitação o fato de não ter conseguido um equilíbrio em relação ao número de pais e mães participantes, haja vista que a entrevista com as mães foi mais frequente. Em virtude da complexidade envolvendo a família, a fim de se obter uma compreensão mais aprofundada é importante estudar mais pessoas do que um só indivíduo, sendo importante estudos que envolvam pais e mães e outros indivíduos que tenham papel importante no sistema familiar.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. T. M.; OLIVEIRA, S. N. Relações entre cuidadoras e bebês: como criar vínculos e proporcionar afeto dentro dos berçários. **Revista de Psicologia**, v. 9 n. 2, p. 76-85. 2018.
- ANDREANI, G.; CUSTÓDIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**, n. 24, p. 115- 126, 2006.
- ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 865-72, 2010.
- ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. A. A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 23, n. 1, p. 128-31, 2015.
- ARNOLD, L. *et al.* Parents' first moments with their very preterm babies: a qualitative study. **British Medical Journal Open**, v. 2013, n. 3, e002487, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002487>. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/4/e002487.full.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.
- BAÍA, I. *et al.* Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units. **Early Human Development**, n. 101, p. 3-9, 2016.
- BAYLIS, R. *et al.* First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. **Acta Paediatrica**, v. 103, n. 10, p. 1045–1052, 2014. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.12719>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.12719>. Acesso em: 01 mar. 2019.
- BLENCOWE, H. *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. **The Lancet**, v. 379, n. 9832, p. 2162-2172, 2012.
- BOWLBY, J. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1990. 110p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 204 p.
- BRELSFORD, G. M. *et al.* Religious and secular coping and family relationships in the neonatal intensive care unit. **Advances in Neonatal Care**, v. 16, n. 4, p. 315-322, 2016.

CARMONA, E. V. *et al.* Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 505-12, 2012.

CAVAGGIONI, A. P. M.; TOMAZ, M. C.; BENINCASA, M. Intervenções psicológicas com famílias de bebês prematuros em Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Revista de Ciências Médicas**, v. 26, n. 3, p. 93-106, 2017.

CHAREPE, Z. B. *et al.* (Re) Descoberta de esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapa. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.20, n. 2, p. 349-358, 2011.

CICHETTI, D. V. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. **Psychological Assessment**, v. 6, n. 4, p. 284–290, 1994.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n. 1, p. 19-26, 2012.

CUSTÓDIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Estudos de Psicologia**, v. 31, n. 2, p. 247-255, 2014.

DANTAS, M. M. C. *et al.* Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. **Psicologia em Revista**, v. 18, n. 1, p.90-106, 2012.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In \_\_\_\_\_. (Org.) DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DITZ, E. da S. **A mãe no cuidado do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2009. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

DITZ, E. da S. *et al.* Cuidado materno ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: Possibilidades e desafios. **Revista Ciencia y Enfermeria**, v. 17, n. 1, p. 45-55, 2011.

DUARTE, E. D. *et al.* A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da integralidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 870-878, 2012.

DUARTE, E. D., SENA, R. R., TAVARES, T. S. Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 539-46, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7509>. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a18.htm>. Acesso em: 10 abr. 2019.

FELIPE, A. O. B., SOUZA, J. J., CARVALHO, A.M.P. Impactos do nascer prematuro na saúde mental das mães. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 3, p. 16-27, 2014.

FERNANDES, N. G. V.; SILVA, E. M. B. Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. **Revista de Enfermagem Referência**, série 4, n. 4, p. 107-115, 2015.

FOCH, G. F. L.; SILVA, A. M. B.; ENUMO, S. R. F. Enfrentamento religioso-espiritual de mães com bebê em unidade de terapia intensiva neonatal. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 4, p.1181-1192, 2016.

FRELLO, T. A.; CARRARO, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 3, p. 514-521, 2012.

FRIGO, J. *et al.* Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 1, p. 58-68, 2015. DOI: 10.5902/2179769212900. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12900>. Acesso em: 07 mai. 2019.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 444-448, 2005.

GUIMARÃES, E. C.; MELO, E. C. P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 54-61, 2011.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. 2019. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/>. Acesso em: 05 mai. 2019.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative Health Research**, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

IONIO, C. *et al.* Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. **Europe's Journal of Psychology**, v. 12, n. 4, p. 604-621, 2016. DOI: 10.5964/ejop.v12i4. Disponível em: <https://ejop.psychopen.eu/index.php/ejop/article/view/1093>. Acesso em: 04 fev. 2019.

IZQUIERDO-SÁNCHEZ, L.; FERRER-RIBOT, M. Las experiencias del padre em las Ucin: una revisión desde la perspectiva de género. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, v. 16, n. 1, p. 55-69, 2018. DOI:10.11600/1692715x.16102. Disponível em: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/3010>. Acesso em: 10 mai. 2019.

KEGLER, J. J. *et al.* Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [online]**, v. 23, n. 1, e20180178, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0178>. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt\\_1414-8145-ean-23-01-e20180178.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180178.pdf). Acesso em: 20 mai. 2019.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/Bebês: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

LASIUK, G. C. *et al.* Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. **Biomed Central Pregnancy and Childbirth**, v. 13, Suppl 1, S13, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-S1-S13>. Disponível em: <https://bmcpregnancyc hildbirt.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-S1-S13>. Acesso em: 08 mai. 2019.

LIMA, V. F. *et al.* Vivência dos familiares de prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, e-1026. DOI: 10.5935/1415-2762.20170036. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisS cript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31655 &indexSearch=ID>. Acesso em: 10 mai. 2019.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E.G. **Naturalistic inquiry**. London: Sage Publications, 1985.

LUNDQVIST, P.; WEIS, J.; SIVBERG, B. Parents journey caring for a preterm infant until discharge from hospital based neonatal home care – a challenging process to cope with. **Journal of Clinical Nursing**. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14891>. Disponível em: <https://onlinel ibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14891>. Acesso em: 20 mai. 2019.

MAGHAIREH, D. F. A. *et al.* Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. **Journal of Clinical Nursing**, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13259>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10 .1111/jocn.13259>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MARTINS, C. A.; ABREU, W. J. C. P.; FIGUEIREDO, M. C. A. B. Tornar-se Pai ou Mãe: O desenvolvimento do processo parental. **Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science**, v. 6, n. 4, p 146-161, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.21664/2238-8869.2017v6i4.p146-161>. Disponível em: <http://revistas.unievangelica.edu.br/index.php/fro nteiras/>. Acesso em: 10 mai. 2019.

MARTINS, T. U.; ZERBETTO, S. R.; DUPAS, G. Mecanismos de *empowerment* utilizados pela família de uma criança com fissura labiopalatina para uma trajetória resiliente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 492-499, 2013. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v12i3.19577. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19577>. Acesso em: 14 abr. 2019.

MATIASEVICH, A. *et al.* Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 4, v. 22, p.557-564, 2013.

MCCUBBIN, M.; MCCUBBIN, H. Families Coping with Illness: The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment, and Adaptation. *In*: DANIELSON, C.; HAMEL-BISSELL, B.; WINSTEAD-FRY, P. **Families, Health & Illness: Perspectives on Coping and Intervention**. Missouri: Mosby, 1993, p. 21-63.

MELO, E. C. P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 15, n. 1, p. 54-61, 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto & contexto Enfermagem [online]**, v. 22, n. 1, p. 52-60, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100007>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 abr. 2019.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto & Contexto Enfermagem [online]**, v. 14, n. 2, p.280-286, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000200017>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 jan. 2019.

NELSON, J. Using conceptual depth criteria: addressing the challenge of reaching saturation in qualitative research. **Qualitative Research**, v. 5, n. 17, 2016

OLIVEIRA, K. *et al.* Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 46-53, 2013.

PAULA, E. S. de, NASCIMENTO, L. C., ROCHA, S. M. M. Religião e Espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 100-106, 2009.

PINELLI, J. Effects of Family Coping and Resources on Family Adjustment and Parental Stress in the Acute Phase of the NICU Experience. **Neonatal Network**, v. 19, n. 6, p. 27-37, 2000.

PROUHET, P. M. *et al.* Father's Stress in the Neonatal Intensive Care Unit. **Advances in Neonatal Care**, v. 18, n. 2, p 105-120, 2018.

PROVENZI, L.; SANTORO, E. The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. **Journal of Clinical Nursing**, v. 24, n. 13-14, p. 1784–1794, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.12828>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.12828>. Acesso em: 08 jan. 2019.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p.709-14, 2002.

ROLIM, K. M. C. *et al.* Imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem Foco**, v. 7, n. 1, p. 42-46, 2016.

SANTOS, L. F. *et al.* Forças que interferem na maternagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem [online]**, v. 26, n. 3, e1260016, 2017. DOI: <http://dxdoi.org/10.1590/0104-07072017001260016>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000300321&script=sci\\_abstract&tlng=pt..](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000300321&script=sci_abstract&tlng=pt..) Acesso em: 08 mai. 2019.

SANTOS, L. M. *et al.* Mudanças familiares decorrentes da Hospitalização do prematuro em cuidados Intensivos: um estudo com puérperas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 230-238, 2013.

SANTOS, M. S. N. dos *et al.* Relação familiar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão Integrativa. **Enfermagem Foco**, v. 9, n. 1, p. 54-60, 2018.

SHANI-SHERMAN, T. *et al.* Internal and External Resources and the Adjustment of Parents SHAW, R. J. *et al.* Parental coping in the neonatal intensive care unit. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v. 20, n. 2, p. 135-142, 2013.

SILVA, M. J. R. **Adaptação e resiliência em famílias de indivíduos com síndrome de down: contributo para um estudo transcultural**. 2013. 215 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2013.

SILVA, P. L. N. da *et al.* Experience and needs of parents from premature neonates hospitalized in a neonatal intensive care unit. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 7, n. 1, p. 15-9, 2018

SILVA, R. M. M. *et al.* Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, p. 2258-2270, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.940>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/940>. Acesso em: 08 mar. 2019.

SMITH, V. C. *et al.* Coping With the Neonatal Intensive Care Unit Experience Parents' Strategies and Views of Staff Support. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 26, n. 4, p. 343-352, 2012. DOI:10.1097/JPN.0b013e318270ffe5. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=23111723>. Acesso em: 08 fev. 2019.

SOARES, L. O.; SANTOS, R. F.; GASPARINO, R. C. Necessidade de familiares de pacientes internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 644-50, 2010.

SOUZA, N. L. *et al.* Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 159-165, 2010.

STACEY, S.; OSBORN, M.; SALKOVSKIS, P. Life is a rollercoaster...What helps parents cope with the Neonatal Intensive Care Unit (NICU)? **Journal of Neonatal Nursing**, v. 21, n. 4, p. 136-141, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.04.006>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S135518411500054X?via%3Dihub>. Acesso em: 06 abr. 2019.

VIEIRA, J. M. F. *et al.* Vivências de mães de bebês prematuros no contexto da espiritualidade. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, p. 3206-3215, 2015. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3206-3215 Disponível em: [www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/.../pdf\\_1696](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/.../pdf_1696). Acesso em: 04 mai. 2019.

VISCOTT, D. **A linguagem dos sentimentos**. 18 ed. São Paulo: Summus Editorial, 1982.

WIGERT, H.; BLOM, M. D.; BRY, K. Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. **BMC Pediatrics**, v. 14, n. 304, p. 1-8, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-014-0304-5>. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-014-0304-5>. Acesso em: 08 abr. 2019.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WOODWARD, L. J. *et al.* Very preterm birth: maternal experiences of the Neonatal intensive care environment. **Journal of Perinatology**, v. 34, n. 7, p. 555-561, 2014. DOI :10.1038/jp.2014.43. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/jp201443>. Acesso em: 15 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too soon: the global action report on preterm birth**. Geneva, 2012. 126 p.

WORMALD, F. *et al.* Stress in parents of very low birth weight preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units: a multicenter study. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 113, n. 4, p. 303-309, 2015.

YANG, Y. Y *et al.* Perceptions of Parents With Preterm Infants Hospitalized in Singaporean Neonatal Intensive Care Unit. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 31, n. 3, p. 263-273, 2017.

ZANI, A. V.; ALVIM, H. C. O filho prematuro de baixo peso: a maternagem hospitalizada. **Revista de Enfermagem UFPE online**, 11 (Supl. 4), p. 1724-30. DOI: 10.5205/reuol.10438-93070-1-RV.1104sup201715. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/15270/18076>. Acesso em: 10 mai. 2019.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Prezado Sr(a),

Eu, Thaizy Valânia Lopes Silveira, Enfermeira e aluna do programa de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Adaptação familiar ao cuidado de recém-nascidos prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal”. Esta pesquisa tem a orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Elysângela Dittz Duarte e gostaria de convidar o Sr(a), a participar desse estudo. O estudo tem por objetivo compreender a vulnerabilidade; a avaliação da família sobre o RN prematuro; a capacidade de resolução de problemas e enfrentamento; e suporte social sobre a adaptação familiar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Para falar sobre isso, o Sr(a) deverá responder algumas perguntas que estão relacionadas com o processo de adaptação aos cuidados à sua criança. O risco de sua participação nesta pesquisa está relacionado à possibilidade de constrangimento, ou reações emocionais, durante a realização das entrevistas. Contudo será proporcionado pela pesquisadora um ambiente tranquilo e reservado, onde o seu anonimato será preservado, sendo seguidas todas as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e as salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Assim como, serão seguidas todas as medidas de prevenção/minimização de riscos. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender mais sobre os fatores que estão relacionados com o processo de adaptação para o cuidado à criança prematura, de forma a entendermos essa realidade e trazermos possíveis contribuições para o cuidado e a adaptação de famílias como a sua. Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), local também que o Sr(a) pode fazer contato para ter esclarecimentos, a partir do telefone e endereço abaixo. Em qualquer momento da pesquisa, o Sr(a) poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento, nem de sua família na instituição de saúde. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que o Sr(a) não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

---

Elysângela Dittz Duarte

---

Thaizy Valânia Lopes Silveira

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo acima citado que li ou leram para mim. Informo ter

mais de 18 anos de idade, e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado(a) e esclarecido(a), pelo pesquisador(a) \_\_\_\_\_, sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício no atendimento às necessidades de saúde de meu (minha) filho (a) assistido neste Serviço. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Nome/ assinatura do(a) participante

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II, 2º andar Tel: (0xx31) 3409-4592  
Profa Dra: Elysângela Dittz Duarte Tel: (31) 99970- 9888  
Mestranda: Thaizy Valânia Lopes Silveira Tel: (31) 99719-2539. E-mail: thaizy.silveira@gmail.com  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

**APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE**

Eu, Thaizy Valânia Lopes Silveira, Enfermeira e aluna do programa de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Adaptação familiar ao cuidado de recém-nascidos prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal”. Esta pesquisa tem a orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Elysângela Dittz Duarte e gostaria de convidar você a participar desse estudo. O estudo tem por objetivo compreender a vulnerabilidade; a avaliação da família sobre o RN prematuro; a capacidade de resolução de problemas e enfrentamento; e suporte social sobre a adaptação familiar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Para falar sobre isso, você deverá responder algumas perguntas que estão relacionadas com o processo de adaptação aos cuidados à sua criança. O risco de sua participação nesta pesquisa está relacionado à possibilidade de constrangimento, ou reações emocionais, durante a realização das entrevistas. Contudo será proporcionado pela pesquisadora um ambiente tranquilo e reservado, onde o seu anonimato será preservado, sendo seguidas todas as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e as salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Assim como, serão seguidas todas as medidas de prevenção/minimização de riscos. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender mais sobre os fatores que estão relacionados com o processo de adaptação para o cuidado à criança prematura, de forma a entendermos essa realidade e trazermos possíveis contribuições para o cuidado e a adaptação de famílias como a sua. Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), local também que você pode fazer contato para ter esclarecimentos, a partir do telefone e endereço abaixo. Em qualquer momento da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento, nem de sua família na instituição de saúde. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que você não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

---

Elysângela Dittz Duarte

---

Thaizy Valânia Lopes Silveira

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo acima citado que li ou leram para mim. Destaco

que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado(a) e esclarecido(a), pelo pesquisador(a) \_\_\_\_\_, sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício no atendimento às necessidades de saúde de meu (minha) filho (a) assistido neste Serviço. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Nome/ assinatura do(a) participante

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II, 2º andar Tel: (0xx31) 3409-4592  
ProfaDra: ElysângelaDittz Duarte Tel: (31) 99970- 9888  
Mestranda: ThaizyValânia Lopes Silveira Tel: (31) 99719-2539. E-mail: thaizy.silveira@gmail.com  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

## APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### ADAPTAÇÃO FAMILIAR À SITUAÇÃO DE NASCIMENTO PREMATURO DURANTE A INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Nº Caso: \_\_\_\_\_ Data entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

- **Características sociodemográficas dos pais**

Grau de parentesco:  1. Pai  2. Mãe

Gênero:  1. Feminino  2. Masculino

Idade: \_\_\_\_\_ anos Reside em BH? 1. Sim 2. Não, onde? \_\_\_\_\_

Estado civil:  1. Solteira (o)  2. Casada (o)/ União estável  3. Divorciado   
4. Viúvo (a)

Escolaridade:  1. Sem estudos  2. 1 grau completo  3. 2 grau completo  
 4. 3 grau completo  5. 1 grau incompleto  6. 2 grau incompleto  7. 3 grau  
incompleto

Etnia declarada:  1. Branca  2. Negra  3. Parda  4. Outros.  
Qual? \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Trabalha atualmente:  1. Sim  2. Não

Quantidade de pessoas que moram na casa: \_\_\_\_\_

Renda familiar mensal: \_\_\_\_\_

Possui alguma religião?  1. Sim, qual? \_\_\_\_\_  2. Não

Filhos vivos: \_\_\_\_\_

Já teve algum bebê prematuro?  1. Sim  2. Não  3. Quantos? \_\_\_\_\_

Aborto?  1. Sim  2. Não

- **Condições de gestação e parto**

Duração da gestação: \_\_\_\_\_ semanas Tipo de gravidez: \_\_\_\_\_

Via de nascimento:  1. Normal  2. Cesário

Nº de consultas de pré-natal: \_\_\_\_\_

- **Condições do recém-nascido**

Gênero:  1. Feminino  2. Masculino

Dias de internação: \_\_\_\_\_

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_

- **Sobre o evento estressor e a percepção da família sobre o mesmo:**

Conte-me como é para você ter um filho internado em UTIN.

### **Questões de apoio para o pesquisador**

Você sabia da possibilidade de ter um filho prematuro?

Como foi ver o seu filho pela primeira vez na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN)?

O que mais te incomodou na UTIN?

Descreva para mim como têm sido a interação dos profissionais de saúde com você e sua família nesse momento?

Como você se sente acerca do relacionamento com o bebê e o seu papel parental?

Quais são as suas maiores preocupações agora?

Quando você e sua família se deparam com problemas/conflitos como tentam solucioná-los?

- **Vulnerabilidade (V)**

Conte-me sobre sua família, sobre seus membros, e como é a vida de vocês.

- **Recursos da família (B)**

Na sua opinião, quais recursos da sua família ou estratégias utilizadas por vocês estão sendo importantes para enfrentar a internação do seu filho?

O que você e sua família têm feito para lidar com esta situação

- **Coping (PSC)**

Conte-me sobre as mudanças que estão sendo necessárias em sua família com a internação do seu filho.

## APÊNDICE D - ROTEIRO PARA CONSTRUÇÃO DO GENOGRAMA E ECOMAPA

### Genograma

- Componentes familiares:
- Quem faz parte da família? Perguntar o nome, idade, ocupação, interesses e estado de saúde de cada uma destas pessoas
- Quem são os pais da (o) (nome do bebê internado na UTIN)?
- Quem são os irmãos da (o) (nome do bebê internado na UTIN)?
- Quem são os avós maternos e paternos da (o) (nome do bebê internado na UTIN)?
- Perguntar sobre o relacionamento entre estes componentes. (Observar as interações familiares, observar o que é dito e a maneira como é dito)

### Ecomapa

O genograma é colocado em um círculo central e ao redor deste círculo central serão registradas as pessoas ou organizações com os quais a família se relaciona. Serão desenhadas linhas entre a família e esses órgãos ou pessoas (círculos externos) com a finalidade de sinalizar os vínculos afetivos estabelecidos.

- Quem são as pessoas que ajudam vocês neste momento?
- Quais as instituições comunitárias que vocês participam atualmente?
- Desses locais, quais são os mais importantes?
- E os menos importantes para vocês?
- Como é o relacionamento de vocês com esses locais? (Falar o nome das instituições separadamente e solicitar que a família descreva como é o atual relacionamento com cada instituição)?

**APÊNDICE E - SISTEMA DE CÓDIGOS UTILIZADO PARA A CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS**

<b>Categorias</b>	<b>Definição</b>
<b>Apreciação sobre a situação de ter um filho internado na UTIN</b>	Refere-se à avaliação da família sobre a gravidade de um estressor (ter um bebê internado na UTIN) e suas dificuldades relacionadas. Bem como sentimentos que o evento estressor evoca.
<b>Apreciação sobre a criança</b>	Refere-se à avaliação que a família faz sobre a criança.
<b>Sentimento materno</b>	Compreende a reação das mães frente a situação de ter um filho prematuro internado na UTIN. Essa reação pode ser negativa, positiva ou ambígua.
<b>Sentimento paterno</b>	Compreende a reação dos pais frente a situação de ter um filho prematuro internado na UTIN. Essa reação pode ser negativa, positiva ou ambígua.
<b>Vulnerabilidades da família</b>	Fatores concomitantes do sistema familiar que poderiam contribuir para maior fragilidade da família. Incluem os acúmulos de tensões, fatores estressantes, momentos de vida que a família esteja vivenciando que poderia dificultar o enfrentamento do diagnóstico e o processo de adaptação. Ex: dívidas, instabilidade financeira, problemas de saúde, mudanças no emprego, tribulações associadas ao estágio particular da vida de uma família.
<b>Resolução de problemas e estratégias de enfrentamento</b>	Abrange estratégias, padrões e comportamentos ativos ou passivos da família destinados a manter ou fortalecer a família como um todo, manter a estabilidade emocional e o bem-estar de seus membros, obter ou usar recursos familiares e comunitários para administrar a situação e iniciar esforços para resolver dificuldades familiares criadas por um estressor.

<b>Religião/ espiritualidade</b>	Considera a religião / espiritualidade / fé como fonte de apoio e suporte para o enfrentamento da família.
<b>Proximidade ao filho e envolvimentos nos cuidados</b>	Comportamento de manter-se próximo ao filho e se envolver em ações de cuidado ao mesmo como forma de se fortalecer e administrar a situação de internação do filho prematuro.
<b>Melhora do estado clínico da criança</b>	Percepção ou recebimento de notícias pelos membros da equipe sobre melhora no estado clínico da criança como forma de fortalecer os pais auxiliando-os a lidar com a situação.
<b>Mudanças na rotina</b>	Compreende ajustes na organização do dia-a-dia da família para lidar com a situação de ter um filho internado na UTIN.
<b>Apoio social</b>	Recursos que auxiliam a família a administrar a situação de ter um bebê internado na UTIN. Podendo ser um membro da família ou a família como um todo com sua capacidade de enfrentar o evento estressor e prevenir crise familiar. Como também, profissionais de saúde, amigos, instituições que dão suporte e auxiliam a família a lidar com o evento estressor.
<b>Membros da família individualmente</b>	Membro específico da família que oferece suporte e auxilia a família a lidar com o evento estressor.
<b>Família como um todo</b>	Familiares de uma forma geral que dão suporte e auxiliam a família a lidar com o evento estressor.
<b>Amigos</b>	Amigos que podem auxiliar a família a lidar com o evento estressor.
<b>Profissionais de saúde</b>	Profissionais de saúde que dão suporte e auxiliam a família a lidar com o evento estressor.
<b>Instituição</b>	Políticas e filosofia adotada pela instituição que dão suporte e auxiliam a família a lidar com o evento estressor.
<b>Outras mães e pais de recém-nascidos prematuros</b>	Mães e pais que encontram-se na mesma situação e que auxiliam a família a lidar com o estressor.

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADAPTAÇÃO FAMILIAR AO CUIDADO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

**Pesquisador:** Elysangela Ditzz Duarte

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 87716518.9.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.021.809

##### **Apresentação do Projeto:**

Estudo de abordagem qualitativa, descritivo-exploratório a ser realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital público, não-governamental da cidade de Belo Horizonte com 20 participantes, pais e mães de recém-nascidos internados em UTIN com idade gestacional de nascimento inferior a 32 semanas, entre sete a dez dias de internação.

Segundo o projeto, esta instituição é certificada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que objetiva prestar uma adequada assistência à criança e à mulher, por meio do estímulo à prática da amamentação e adota a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru.

No projeto completo, a metodologia descreve que a coleta de dados será realizada por meio de entrevista com roteiro semi-estruturada com questões relacionadas ao contexto de internação do recém-nascido prematuro em UTIN. Como instrumento complementar, será utilizado ecomapa para ampliar a compreensão sobre o contexto familiar e as relações estabelecidas entre familiares e outras estruturas sociais, caracterizando, desta forma, uma triangulação dos dados. A primeira parte do instrumento refere-se a aspectos relacionados à caracterização dos pais e do nascimento da criança. A outra parte abrange questões norteadoras com o intuito de identificar as vulnerabilidades, a avaliação sobre o nascimento prematuro e as formas de enfrentamento utilizadas. O recrutamento será realizada, diariamente, através do censo diário das unidades neonatais, no qual consta o perfil dos bebês internados. Será agendado um horário para realização

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S1 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.021.809

da entrevista individual em uma sala da instituição, onde será garantido um ambiente tranquilo e reservado.

**Objetivo da Pesquisa:**

No projeto informa:

Objetivo geral: Compreender o processo de adaptação familiar de pais e mães de recém-nascidos prematuros assistidos na UTIN no período inicial da internação.

Objetivos específicos: Compreender a vulnerabilidade de pais e mães de recém-nascidos prematuros assistidos na UTIN; Identificar a avaliação da família sobre a internação do recém-nascido prematuro em UTIN; Examinar a capacidade de resolução de problemas e enfrentamento e o suporte social de pais e mães de recém-nascidos prematuros assistidos em UTIN.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No TCLE descreve: "Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender mais sobre os fatores que estão relacionados com o processo de adaptação para o cuidado à criança prematura, de forma a entendermos essa realidade e trazermos possíveis contribuições para o cuidado e a adaptação de famílias como a sua... O risco identificado no desenvolvimento dessa pesquisa refere-se a possíveis reações emocionais ou constrangimento ao responder à entrevista. Caso não se sinta confortável, você deve relatar ao pesquisador para que a coleta seja interrompida. A fim de minimizar este risco será proporcionado pela pesquisadora um ambiente tranquilo e reservado, onde o seu anonimato será preservado sendo seguidas todas as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e as salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa. É importante ficar claro que sua participação é voluntária, e será garantido seu anonimato, privacidade e sigilo absoluto de dados confidenciais."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa do programa de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, com a co-participação do Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde, e também será submetido ao seu comitê de ética.

As solicitações realizadas por este Comitê no Parecer 2.647.482 foram atendidas:

- Adaptada a linguagem no TCLE para melhor compreensão por parte do participante.
- Informado que as perguntas da pesquisa/entrevistas serão gravadas e transcritas.
- Trocado o termo "cópia" por "via" nos termos.
- Para minimizar o desconforto foi incluído nos riscos a opção de interromper a coleta.
- Informar o local onde os dados serão armazenados (gravações) por 05 anos e prever que

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.021.809

posteriormente  
serão destruídas.

- Sobre gastos do participante apenas para participar da entrevista, foram informados no TALE e TCLE: "Em qualquer momento da pesquisa, o Sr(a) poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento, nem de sua família na instituição de saúde. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que o Sr(a) não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações."

- Anexada a anuência do setor e da instituição onde será realizada a pesquisa.

- O orçamento previsto de R\$6040 para operacionalizar a pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador, segundo o projeto completo.

- Elaborado o TCLE para o responsável dos menores de 18 anos que consentirem com o TALE, conforme a Resolução CNS 466/12.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

a) TALE descreve: "A sua participação consiste em responder a uma entrevista com questões sobre a internação do seu filho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Além disso, você irá participar, junto à pesquisadora, da construção de dois instrumentos para a avaliação estrutural de sua família, o genograma e ecomapa. Suas respostas serão gravadas por um gravador, com a finalidade de garantir a reprodução fiel das respostas que você deu, e se for do seu desejo, você poderá ter acesso à gravação e à transcrição. O material coletado será mantido sob a responsabilidade das pesquisadoras por cinco anos, posteriormente, será destruído."

b) Autorização de recrutamento da pesquisa na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman.

c) Instrumentos de coleta e roteiro de construção do genograma e ecomapa.

d) Folha de rosto preenchida e assinada.

e) Projeto completo.

f) - Parecer aprovado pela Câmara Departamental da Enfermagem Materno Infantil e Saúde da EEUFMG, em 13/11/17.

g) TCLE apresentado como carta convite, assegurando a voluntariedade, o anonimato, e a desistência a qualquer momento do projeto, sem qualquer prejuízo.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad 81 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.021.809

#### Recomendações:

Este Comitê confia que será minimizado o risco de quebra de anonimato pelos pesquisadores no processo de construção do ecomapa e genograma, codificando os nomes dos participantes na sua transcrição.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram atendidas as pendências do Parecer 2.647.482 deste Comitê, sendo assim, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1052254.pdf	21/10/2018 23:03:34		Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_parecer_consubiado_do_cep.pdf	21/10/2018 23:01:51	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_livre_e_esclarecido_responsaveis.pdf	08/06/2018 14:35:06	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	08/06/2018 14:31:34	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
Outros	CARTA_AUTORIZACAO.pdf	08/06/2018 10:58:28	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/06/2018 10:50:48	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TALE.pdf	08/06/2018 10:49:21	Elysangela Dittz Duarte	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.021.809

Ausência	TALE.pdf	08/06/2018 10:49:21	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	11/04/2018 20:50:29	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
Outros	Parecer.pdf	11/04/2018 20:44:52	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
Outros	RoteiroGenograma.pdf	24/02/2018 20:27:22	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
Outros	InstrumentoColetaDeDados.pdf	24/02/2018 20:25:53	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/02/2018 20:05:53	Elysangela Ditz Duarte	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 14 de Novembro de 2018

Assinado por:

Eliane Cristina de Freitas Rocha  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad. G1 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br