

Avaliação da Informação aos Pais do Recém-Nascido Pré-Termo

CUSTÓDIA TANGANHO, TERESA TOMÉ, LILIA FERREIRA, ANTÓNIO PIRES, FÁTIMA TRINDADE,
ALMERINDA BAPTISTA, MANUELA MENDES, TERESA COSTA

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Resumo

Foram **estudados dois grupos** de recém-nascidos pré-termo (RN PT) com idade gestacional inferior a 32 semanas, sem diferenças clínicas significativas. Comparou-se a **conduta habitual** na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) na vertente informação e apoio aos pais, com outras medidas, valorizando uma **informação personalizada**, as **capacidades do pré-termo** e o **apoio psicoterapêutico**. Utilizaram-se como instrumentos de avaliação um **registo do comportamento interactivo**, um **questionário de avaliação parental** e uma **escala de sentimentos maternos** aplicada 1 a 2 meses após a alta. Concluiu-se que no grupo experimental, existem mais mães a acariciar o seu filho. A sensação de tranquilidade com a informação recebida também foi maior neste grupo. Não foram encontradas diferenças quanto aos sentimentos maternos.

Palavras-chave: Recém-nascido pré-termo, informação aos pais, comportamento e sentimentos maternos.

Abstract

We compared the Newborn Intensive Care Unit's usual behaviour for information and parents support with a an approach that valued personalised information, the abilities of the preterm baby and psychotherapeutic support. Two groups of preterm newborns were studied with gestational age below 32 weeks and without significant clinical difference. An questionnaire, an interactive behaviour list, a questionnaire and a scale for maternal feelings, applied after the release from Unit, were used as measure instruments. We concluded that in the experimental group there were more mothers caressing their babies, and that these mothers felt more calm with the information provided.

Key-words: Preterm newborns, information to the parents, behaviour and maternal feelings.

Introdução

O nascimento prematuro representa uma crise psicológica para os pais, com violação da expectativa de um parto normal e de um recém-nascido saudável ^(1,2). Quanto maior a situação de internamento e separação, maior também a perturbação e sofrimento dos pais.

A substituição dos pais pela equipa da Unidade de Cuidados Intensivos, e os factores individuais relacionados com a prematuridade desencadeiam neles, sentimentos de falha, culpabilização e de frustração por todas as gratificações esperadas ^(3,1).

A existência de um período sensível para a vinculação é caracterizada pelo impacto que o contacto precoce, nomeadamente o físico tem no estabelecimento de uma boa relação mãe/recém-nascido ^(4,5). A grande prematu-

ridade vai dificultar este contacto e ser um potencial desorganizador na estabilidade familiar.

A instituição hospitalar (técnicos e tecnologias), a quem é reconhecida uma maior competência, assume os cuidados com o recém-nascido. Confia-se a criança a uma equipa técnica, que toma o lugar da mãe significando, para ela, a sua própria incapacidade.

O modo como a família se adapta ao «stress» de ter uma criança nestas condições, depende dos seus próprios recursos interiores, dos apoios sociais e familiares, mas também da atitude da equipa técnica. A valorização e orientação por estes durante a hospitalização, pode ajudar a superar estas dificuldades e minimizar os problemas mesmo após a alta ^(5,1).

As preocupações dos pais de um recém-nascido pré-termo, em relação ao estado de saúde de seu filho, referem-se por ordem de importância ao peso, aparência, dependência tecnológica e desenvolvimento futuro ⁽³⁾.

Uma informação precoce e multidisciplinar sobre o ambiente técnico da UCI, os problemas do pré-termo e

suas competências, associada ao incentivo à prestação de cuidados directos e ao contacto físico com o recém-nascido, são factores que vão contribuir para um apoio eficaz ⁽⁴⁾. Neste estudo, avaliou-se o efeito deste tipo de informação prestado a um grupo de mães comparando-o com outro grupo sujeito à conduta habitual da Unidade de Cuidados Intensivos.

Métodos

Foram seleccionados 28 recém-nascidos e suas mães, internados na Unidade de Cuidados Intensivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, com idade gestacional igual ou inferior a 32 semanas.

Os RN foram distribuídos aleatoriamente, 14 pelo grupo 1 (grupo de estudo) e 14 pelo grupo 2 (grupo controle). Foram analisados, a paridade, as características sociais do agregado familiar, o peso, a idade gestacional e os critérios de gravidade clínica. Utilizou-se como classificação social a classificação social inglesa ⁽⁶⁾ e como critérios de gravidade o Clinical Risk Index for Babies (CRIB) ⁽⁷⁾.

O grupo 2 foi submetido à conduta habitual da Unidade, que se baseia na disponibilidade de informação aos pais, na promoção do vínculo afectivo mãe/RN e entrega de fotografia. Para o grupo 1 foi estabelecido um programa de intervenção acrescido de novas estratégias e questões específicas, que constou de:

1 – Informação:

Contacto inicial da mãe o/os elementos da equipa na enfermaria ou por carta (se mãe ausente), para apresentação da equipa, informando da situação do RN e entregando uma fotografia. Na primeira visita da mãe à Unidade, a informação foi sistematizada nos seguintes aspectos: ambiente tecnológico da Unidade (incubadora, ventilador, monitores e ruídos), situação do RN (peso, respiração, alimentação, e avaliação neurológica) e as suas competências (tacto, audição, visão e actividade).

2 – Incentivo às visitas.

3 – Estimulação da interacção mãe/RN, com participação precoce dos pais nos cuidados, incentivo a acariciar, falar, pegar ao colo, chamar pelo nome.

4 – Reunião semanal da equipa com os pais.

5 – Acompanhamento psicoterapêutico.

6 – Reunião semanal dos técnicos envolvidos para aferição de critérios e apreciação do desenrolar do projecto.

A avaliação deste programa foi efectuada em duas fases. A primeira, durante o internamento, em que se utilizou uma grelha de registo do comportamento inter-

activo mãe/RN na Unidade durante a primeira semana (Quadro I), bem como um questionário de avaliação parental preenchido no momento da alta da UCI que avaliava a *vivência da prematuridade* através de 3 perguntas – (1) como foi o primeiro contacto com o bebé, (2) o que a assustou mais, e (3) quais os seus sentimentos; e a *qualidade da assistência prestada pela equipa* também avaliada através de 3 perguntas – (1) como classifica a atitude da equipa na estimulação da comunicação, (2) qualidade da informação prestada pela equipa, e (3) efeito tranquilizador da informação prestada. A segunda fase, 1 ou 2 meses após a alta, na consulta de Neonatologia e Desenvolvimento, em que foram aplicadas quatro escalas de sentimentos maternas: satisfação, sensação de sobrecarga, frustração e ansiedade.

QUADRO I
Registo do Comportamento Interactivo

Interacções com o RN	
Táctil	Visual
Resistência ao tocar	Olha nos olhos
Tocar ao de leve	Olha mantendo distância
Acariciar	Dificuldade em manter o contacto visual
Pegar ao colo	
Aconchegar	
Verbal	
Identifica o RN pelo nome	
Não refere o nome	
Utiliza apenas «ele» «ela» bebé	
Dirige palavras de carinho junto da incubadora	
Fala, embora preferindo outras formas de interacção	
Mantém-se silencioso na relação com o bebé	

Foram realizadas estatísticas descritivas para avaliar a distribuição dos dados e, utilizou-se o qui-quadrado para comparar os dois grupos.

Resultados

Globalmente, na população estudada, a idade média das mães foi de 27 anos, e a maioria inseriu-se na classe média/baixa.

Dos recém-nascidos 40% corresponderam à 1.ª gestação, a idade gestacional média foi 29 semanas (25-31 semanas) e o peso médio 1280 gr. A média de dias de internamento foi de 21 dias.

Analizados comparativamente os 2 grupos de recém-nascidos, verificou-se que não diferiam de forma significativa em relação aos dados sociofamiliares (classe social, paridade, vigilância na gravidez) (Quadro II); em relação às características clínicas (peso, idade gestacional, tipo de

parto, asfixia definida por índice de Apgar ao 5.º minuto < 5) – (Quadro III); nem nos critérios de gravidade definidos por média no **CRIB**, dias de internamento e dias de ventilação (Quadro IV).

QUADRO II
Dados Familiares

	Grupo 1 (n=16)	Grupo 2 (n=14)
* Classe Social	média/baixa	média/baixa
* 1.º filho	3	5
* Gravidez não vigiada	7	5
* Doenças na gravidez	3	6

(* n.s.)

QUADRO III
Características Clínicas

	Grupo 1 (n=16)	Grupo 2 (n=14)
* Peso em gr.	1290	1270
* Id. gest. (sem.)	29.5	29.4
* Tipo de parto:		
Eutócico	4	6
Distócico	12	8
* Asfixia (IA 5'<6)	5	6

(* n.s.)

QUADRO IV
Critérios de Gravidade

	Grupo 1 (n=16)	Grupo 2 (n=14)
Médias		
* Score clínico (CRIB)	7,1	6,6
* Internamento UCI (dias)	18,2	24,2
* Vent. em dias	5,9	7,4

(* n.s.)

A análise do *registo do comportamento interactivo* na primeira semana na Unidade, incidiu na frequência das visitas, iniciativa dos pais em situações como mudar a fralda, cuidados de higiene, procura de informação dos técnicos, interacção com o recém-nascido predominantemente táctil, visual e verbal. Verificou-se no grupo 1 um maior número de mães a utilizar a estimulação táctil. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$, Qui-quadrado).

Do questionário aplicado no momento da alta que incidia sobre dois aspectos (*vivência da prematuridade e qualidade da assistência prestada*), concluímos que, no total da amostra o primeiro contacto da mãe com o filho foi sentido com satisfação, manifestando contudo sentimentos de tristeza e apreensão face à fragilidade do recém-nascido (Quadro V). A qualidade da assistência prestada foi considerada, no global, boa e tranquilizadora, no que se refere à qualidade da informação, e à atitude da equipa. No entanto as respostas nos dois grupos só revelam diferença significativa quanto à tranquilidade/confiança proporcionada pela informação prestada. No grupo experimental existem mais mães a dizerem que a informação prestada pela equipa foi tranquilizadora. Há mais pessoas no grupo de controlo a responder «não foi tranquilizadora», ou «foi importante mas não tranquilizadora» 5 em 12 contra 1 em 15 do grupo experimental ($p = 0,04$, Fisher Exact Test).

QUADRO V
Questionário de avaliação parental

<i>vivência de prematuridade:</i>			
Como descreve o primeiro contacto com o bebé?	melhor do que imaginara	difícil	muito difícil
	15	1	12
O que a assustou mais?	fragilidade do bebé	ambiente tecnológico	ambos
	12	2	11
Quais os sentimentos no primeiro contacto?	tristeza	estranheza	desilusão
	13	8	1
<i>qualidade da assistência prestada pela equipa</i>			
Como classifica a atitude da geradora equipa	estimulante	indiferente	ansiedade
	26	1	1
A informação dada foi?	boa	satisfatória	insuficiente
	23	3	2
A informação prestada foi:	tranquilizadora	não tranquilizadora	importante mas não tranquilizadora
	21	4	2

O estudo dos *sentimentos maternos* feito na consulta 1 ou 2 meses após a alta, avaliando a satisfação com a criança, a sensação de sobrecarga, a frustração e a ansiedade, não mostrou diferença significativa nos dois grupos.

Discussão

A julgar pelas respostas que as mães fornecem no questionário sobre vivência de prematuridade, na nossa

população utente, e à semelhança de outros estudos, o nascimento prematuro desencadeia nos pais sentimentos de frustração e tristeza (8, 4, 3, 1).

No conjunto da amostra, a prática habitual da Unidade, em relação à disponibilidade para informar e apoiar os pais, é considerada boa.

No que diz respeito à eficácia da informação personalizada e sistematizada no apoio às mães e na facilitação da relação mãe/filho, concluímos que levou a duas diferenças significativas: ao nível do comportamento e ao nível do sentimento. No grupo experimental há mais mães a acariciar o seu filho durante o internamento e, no momento da alta, há um maior número de mães a referir maior tranquilidade com a informação prestada.

O acariciar e a sensação de tranquilidade podem ser indicadores de que a informação com as modificações introduzidas foi factor de maior confiança para os pais, maior segurança e maior bem estar, podendo disponibilizá-los para um maior envolvimento emocional e consequentemente um maior investimento afectivo.

Conclui-se assim que uma intervenção em que a informação seja personalizada, dirigida à necessidade dos pais e uniformizada, centrada nas competências do recém-nascido, produz resultados facilitadores do ajustamento materno pelo menos a curto prazo, não se manifestando a nível dos sentimentos maternos.

Agradecimentos

Agradecemos a colaboração prestada pelo Professor Doutor J. M. Ramos de Almeida, pela Dr.^a Maria do Céu Machado, Enf. Maria Céu Henriques e pela Enf. Ana Maria Lopes Mateus.

BIBLIOGRAFIA

1. Resel M F. Pais como prestadores de cuidados a um RN Pré-termo. *Enfermagem* 1988; 2: 24-8.
2. Dowek R C. A Inter Relação Mãe Filho e os efeitos da separação Pós Natal – uma revisão. *J Pediatr* 1979; 46: 383-90.
3. Klaus M H, Kennell H J. Care of the High Risk Neonate. Philadelphia, WB Saunders Company, 1993.
4. Zeanah C, Donough MC. Clinical Approaches to Families in Early Intervention. *Seminars in Perinatology* 1989; 6: 513-22.
5. Stern M, Hildebrandt K. Prematurity Stereotyping: Effects on Mother Infant Interaction. *Child Dev* 1986; 57: 308-15.
6. Cordeiro M J. Classificação Social qual a utilidade? *A Criança*, 1987; 2: 9-13.
7. The internacional Neonatal Network. The Crib Score: a tool for assessing inicial neonatal risk and comparing performance of neonatal intensive care units. *Lancet* 1993; 342: 193-99.
8. Delight E, Gooddall J, Jones P H. O que esperam os pais do nascimento dos filhos, e o que estes lhe ensinam. *Arch Dis Child* 1992; 1: 49-56.
9. Ager W J, Waller J, Poland M, Giblin P. Correlates of Parenting on a Neonatal Intensive Care Unit: Maternal Characteristics and Family Resources. *J Genet Psychol*, 1987; 149: 505-14.
10. Mogilner M, Shair H, Shiff R. Mother and Father Preterm Infants Relationship in the Hospital Preterm Nurse. *Child Dev* 1989; 60: 93-102.
11. Walker C. Special and Intensiv Care Baby Units and Nurse Staffing in the UK. *Arch Dis Child* 1983; 58: 387-92.

Correspondência: Enf.^a Custódia Fanganho
Berçário – Puérpera II
Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Rua do Viriato – Lisboa