

ELENICE VALENTIM CARMONA

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO  
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “CONFLITO  
NO DESEMPENHO DO PAPEL DE MÃE”: UMA  
PERSPECTIVA DO PERÍODO NEONATAL**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **ELENICE VALENTIM CARMONA**

  
MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES  
Orientadora

CAMPINAS  
2005

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

**ELENICE VALENTIM CARMONA**

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO  
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “CONFLITO  
NO DESEMPENHO DO PAPEL DE MÃE”: UMA  
PERSPECTIVA DO PERÍODO NEONATAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Área de Concentração Enfermagem e Trabalho - da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes

CAMPINAS  
2005

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

UNIDADE Bc  
Nº CHAMADA UNICAMP  
C213v  
EX  
COMBO BC/ 64798  
PROC 16.P.00086.05  
REÇO 11,00  
DATA 20/04/05  
CPD

Bib id 358426

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

C213v

Carmona, Elenice Valentim

Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “ conflito no desempenho do papel de mãe”: uma perspectiva do período neonatal / Elenice Valentim Carmona. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Maria Helena Baena de Moraes Lopes  
Dissertação ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Neonatologia. 2. Maternidade. 3. Diagnóstico de Enfermagem. 4. Acompanhantes de pacientes. I. Maria Helena Baena de Moraes Lopes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

---

## BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

---

---

**Orientador(a)** PROFA. DRA. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES

---

---

**Membros:**

---

1. PROFA. DRA. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES Maria Helena B.M. Lopes

2. PROFA. DRA. ANA CRISTINA FREITAS DE VILHENA ABRÃO Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão

3. PROFA. DRA. ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO Antonieta Keiko Kakuda Shimo

---

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

---

**Data:** 17 de fevereiro de 2005

---

**"A sociedade precisa de técnicos até mesmo para os cuidados médicos e de enfermagem, mas onde houver pessoas, e não máquinas, o técnico precisa estudar a forma como as pessoas vivem, pensam e crescem ao longo de suas experiências"**

**(WINNICOTT, 1999, p.71)**

*A* Deus, por ter me dado a vida, as pessoas e ter me acompanhado em cada passo.

*Aos* meus pais, Miguel e Sueli, que, apesar da simplicidade e de não terem freqüentado a escola o quanto gostariam, proporcionaram-me todas as condições para que eu o fizesse. Além disso, foram sempre uma verdadeira rede de apoio, amorosos e dedicados.

*Ao* meu marido, grande amigo e companheiro Carlos que, com sua generosidade e amor, sempre me incentivou e ajudou de todas as formas possíveis e imagináveis.

*À* minha filha Beatriz, que me mostrou o verdadeiro significado do amor incondicional, fez-me viver momentos maravilhosos e outros difíceis que contribuíram muito para o meu crescimento pessoal e que vem se tornando cada dia mais maravilhosa em minha vida.

*À* minha querida família, a qual comemora e vibra com cada conquista minha: Tia Judite, Tia Neusa, Adriana, Sandra e Nando.

*À* minha prima e grande amiga, Sandra, por ser um exemplo de mulher, forte, determinada e capaz de levantar-se mesmo após as piores quedas.

*Aos* meus avós paternos, Antonio Honório (Pai Tonho) e Maria Celeste ("vó" Celeste), pessoas lindas que marcaram muito a minha vida e que não estão mais aqui conosco por determinação divina.

*À* minha sogra, Elzira, por ter sido muitas vezes uma mãe, apoiando, incentivando, querendo que eu fizesse coisas por mim e que deixasse de lado a "culpa".

*À* querida e admirada Débora Isane Ratner Kirschbaum por ter me iniciado de forma tão carinhosa e edificante nesta estrada quando orientou meus trabalhos em programas de iniciação científica.

À minha orientadora Maria Helena Baena de Moraes Lopes, pessoa brilhante e empreendedora, por ter me guiado neste caminho de forma tão preciosa e dedicada.

Às professoras Dras Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão, Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz e Edneis de B. Guiraldello pelas sugestões e comentários que enriqueceram este trabalho.

À querida amiga, ex-professora e hoje colega de trabalho com a qual continuo aprendendo muito, Ianê Nogueira do Vale, por ter me inspirado a paixão pela neonatologia, por ter me ensinado a valorizar e querer aprender mais sobre diagnósticos de enfermagem e ter sempre acreditado no meu potencial, até quando eu mesma só enxergava obstáculos e dificuldades. Além disso, por ser uma mulher solidária, bondosa, inteligente, instigadora, cheia de energia e de idéias com a qual tenho o privilégio de conviver diariamente. Também pelas contribuições dadas a este trabalho e à elaboração dos slides.

À pessoa sensata, afetiva e companheira, professora Antonieta Keiko Kakuda Shimo, pela acolhida, pelas conversas amigas e maduras, pelo despertar em mim de um grande interesse pela Obstetrícia, bem como suas preciosas sugestões de leituras e questionamentos que me ajudaram a amadurecer algumas idéias ao longo da finalização deste estudo.

À maravilhosa Maria Clara Estanislau do Amaral, pessoa ímpar, afetuosa, divertida e inteligente pela oportunidade de conhecê-la e desfrutar de sua amizade. Pela constante disponibilidade para ajudar e pela força também dada na elaboração dos slides.

À Nana Alcarde, minha professora de dança flamenca, e minhas companheiras de aula (Juliana, Ana Carolina, Andréa, Karen e Daniela) pelos momentos de descontração, de ritmo, de prazer e de arte, além da compreensão quanto às ausências freqüentes em função de meus papéis de mulher/mãe, profissional e estudante.

Às minhas companheiras da Área de Enfermagem Materno-Infantil por todo o apoio, especialmente Antonieta e Ana Regina, sendo que esta última participou de uma disciplina em meu lugar para poupar-me no último semestre de desenvolvimento deste estudo.

*A*s minhas grandes amigas, aquelas com quem sei que posso contar a qualquer momento (e sempre venho contando) para rir, para chorar, para ouvir e ser ouvida: Drika (minha irmãzinha), Elaine Barbui, Gisela Takeiti e Daniela Fernandes (Daninha).

*A*os meus amigos Willian Fernandes e Ana Paula Oliva, os quais foram maravilhosos e imprescindíveis, ajudando-me com minha coleta de dados.

*A*os enfermeiros que participaram desta pesquisa, sem os quais eu não poderia tê-la realizado, em especial àqueles com quem já trabalhei na unidade de internação neonatal e foram tão receptivos e carinhosos com meu trabalho.

*A* Ana Paula Campos, Ariane Dini, Hayda, Gaby Grecco e Maria Carolina pelas contribuições e considerações sobre o instrumento de coleta de dados.

*A*s pessoas que com sua experiência e conhecimento deram apoio fundamental na elaboração das definições operacionais das características definidoras: Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão, Carmen Gracinda Silvan Scochi, Débora Falleiros de Mello, Isilia Aparecida Silva, Lídia Aparecida Rossi e Paula Maria Batista Cintra.

*A* equipe de Enfermagem da Neonatologia do CAISM/UNICAMP, pessoas que participaram da minha história e contribuíram muito para o meu crescimento profissional e pessoal, em especial Sonia Mara dos Santos Cardoso, Lídia Beraldo, Vânia Paziano, Edna Sueli, Nilce e Ivonete Francisca. Além, lógico, do Dr. Jamil Caldas, presença sempre espirituosa da qual sinto saudades.

*A* Enfermagem, que cada dia se confirma para mim como uma escolha feliz, um caminho de desafios e descobertas, uma profissão que vem me oferecendo muito e à qual eu desejo retribuir também.

*A*os bebês e suas mães, por terem me envolvido cada dia mais no mundo encantador da neonatologia.

*A*os alunos de graduação em enfermagem da FCM/UNICAMP, turma XXVI, por terem me acolhido e respeitado (em um momento muito delicado para mim), pelo que aprendemos juntos e por terem me mostrado que trabalhar com eles é tão prazeroso quanto com os bebês e suas mães. Em especial: Amanda, Rodrigo, Natália, Livia, Cláudia e MiKeli.

---

Lista de Tabelas.....	xix
Lista de Quadros.....	xxi
Lista de Abreviaturas .....	xxiii
Resumo .....	xxv
Abstract .....	xxix
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>39</b>
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>43</b>
3.1 A mulher e o papel materno.....	45
3.1.1 A valorização da criança e da mulher enquanto mãe .....	53
3.1.2 As crescentes responsabilidades e cobranças do papel de mãe.....	57
3.1.3 A construção do papel materno e a importância do vínculo.....	61
3.2 Ser mãe na unidade de internação neonatal .....	66
3.3 A influência da enfermagem no desempenho do papel materno .....	74
3.3.1 Propostas de assistência de enfermagem voltada às necessidades maternas .....	82
3.4 O diagnóstico de enfermagem .....	87
3.4.1 A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).....	91
3.4.2 Os diagnósticos de enfermagem na unidade de internação neonatal.....	95
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>99</b>
4.1 Sujeitos.....	102
4.2 Desenvolvimento do instrumento para coleta de dados.....	104
4.3 Coleta de dados .....	111
4.4 Processamento e análise dos dados – método Fehring.....	112
4.5 Análise estatística.....	114
4.6 Aspectos éticos .....	115
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>117</b>
5.1 Perfil dos especialistas .....	119
5.2 Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” e suas características definidoras .....	124
5.3 Sugestões e comentários dos enfermeiros quanto à definição do diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” e suas características definidoras.....	129

<b>6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	139
6.1 Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” e suas características definidoras .....	141
6.2 Sugestões e comentários dos enfermeiros sobre o DE “conflito no desempenho do papel de mãe” e suas características definidoras .....	147
6.3 Perfil dos especialistas e sua relação com a validação das características definidoras .....	174
<b>7. CONCLUSÕES</b> .....	183
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	189
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	197
<b>ANEXO</b> .....	211
<b>APÊNDICES</b> .....	215

Tabela 1. Perfil dos enfermeiros que participaram do estudo. ....	119
Tabela 2. Participação dos enfermeiros em cursos de pós-graduação e realização de pesquisas sobre diagnóstico de enfermagem ou sobre a relação mãe-filho em unidades de internação neonatal. ....	120
Tabela 3. Número de participações dos enfermeiros em cursos sobre diagnóstico de enfermagem. ....	122
Tabela 4. Escores da validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” . ....	125
Tabela 5. Apresentação dos valores atribuídos às características definidoras (CD) pelos enfermeiros em função do grau que consideraram ser característica do diagnóstico “conflito no desempenho do papel de mãe” . ....	126
Tabela 6. Características definidoras maiores e menores para o diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” . ....	127

Quadro 1. Domínio “Relacionamento de papel”, segundo a  
Taxonomia II da NANDA (2002) .....94

<b>CD</b>	Característica Definidora
<b>CDs</b>	Características Definidoras
<b>DE</b>	Diagnóstico de Enfermagem
<b>DEs</b>	Diagnósticos de Enfermagem
<b>DO</b>	Definição Operacional
<b>DOs</b>	Definições Operacionais
<b>NANDA</b>	North American Nursing Diagnosis Association
<b>RN</b>	Recém-Nascido
<b>RNs</b>	Recém-Nascidos
<b>UTIN</b>	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

O avanço na tecnologia da assistência médica e de enfermagem tem possibilitado a sobrevivência de muitos recém-nascidos prematuros e com outras complicações além de prematuridade. À medida que a equipe de saúde considera que o quadro clínico do bebê permite, a mãe passa a assumir grande parte dos seus cuidados. Assumir o papel materno pode não ser uma experiência fácil, devido às características situacionais e ambientais, nas quais o cuidado foi dado quase que predominantemente pela equipe de enfermagem. Assim, este estudo teve como objetivos: realizar validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem, proposto pela NANDA, "conflito no desempenho do papel de mãe" e suas características definidoras junto a enfermeiros que atuam em unidades de cuidados neonatais e pesquisadores da área; identificar as características definidoras maiores e menores deste diagnóstico e verificar se o julgamento dos enfermeiros foi influenciado por fatores como idade, tempo de atuação como enfermeiro, tempo de atuação em neonatologia, realização de cursos sobre diagnóstico de enfermagem, participação em cursos de pós-graduação, realização de pesquisa e utilização de diagnósticos. Acredita-se que este assunto torna-se de grande interesse porque o crescimento prático e teórico da enfermagem requer um maior domínio dos diagnósticos, como apresenta a literatura consultada, sendo a unidade de internação neonatal um local carente de estudos sobre este assunto. Foi utilizado o modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico proposto por FEHRING, o qual se baseia na obtenção de opiniões de enfermeiros (peritos, de acordo com os critérios deste modelo, seja por sua experiência assistencial, seja pelos estudos realizados) acerca do grau em que certas características definidoras são indicativas ou não de um determinado diagnóstico. A amostra utilizada neste estudo foi por conveniência, composta por 59 enfermeiros. O estudo validou as características definidoras estabelecidas pela NANDA para este diagnóstico. Quatro características definidoras foram consideradas maiores por terem obtido

média ponderada maior ou igual a 0,80: 1. mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização; 2. mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança em casa; 3. mãe expressa preocupação(ões) com relação a mudanças no papel materno e 4. mãe expressa preocupação(ões) em relação à saúde da família. As demais obtiveram média ponderada menor que 0,80, mas maiores que 0,50, sendo assim classificadas como menores. Nenhuma característica definidora foi excluída. Não houve correlação entre o perfil dos enfermeiros e o julgamento que fizeram das características definidoras. As dificuldades para a elaboração das definições operacionais e os comentários dos enfermeiros demonstraram o quanto as características definidoras propostas pela NANDA precisam ter sua linguagem reavaliada para que se tornem mais objetivas e descrevam melhor as respostas dos clientes frente aos problemas de saúde e processos de vida. Recomenda-se que a validação de conteúdo, seguida por validação clínica, se dê em diferentes culturas e locais de assistência para abranger as diversidades das clientela atendidas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem neonatal; Diagnóstico de enfermagem; Estudos de validação.

The technological progress of medical and nursing assistance has made possible the survival of many newborns with medical complications. As the staff considers baby's condition is evolving well, the mother has more opportunity of taking care of him or her. To assume maternal role might not be an easy experience in the neonatal care unit due to the special characteristics of the situation and the environment and because of the mother's fragility, being distant from the child and taking care less often than the nursing staff. The aims of this study were: validating the content of the NANDA nursing diagnosis "Parental role conflict" and its defining characteristics, with nurses which work in neonatal care units and researchers of this area; identifying minor and major defining characteristics of this diagnosis and, finally, verifying if the scores attributed by nurses to the defining characteristics were influenced by factors as age, experience in nursing, time of neonatology practice, continuing education about nursing diagnoses, post-graduation, development of researches and the use of nursing diagnoses. This issue is really important because practical and professional nursing development require a greater domain of nursing diagnoses, according to literature, and neonatal care units are deprived of this kind of study. The diagnostic content validation model proposed by FEHRING was used in this work, which consists on obtaining opinion from nursing experts about how much certain defining characteristics are indicative or not of a diagnosis. It was a convenient sample of 59 nurses. It was recognized that the study validated the defining characteristics recognized by NANDA. Results showed that four defining characteristics were considered major because achieved scores of 0,80 and higher: 1. Mother expresses concern(s)/feeling(s) of inadequacy to provide for child's physical and emotional needs during hospitalization; 2. Mother expresses concern(s)/feeling(s) of inadequacy to provide for child's physical and emotional needs at home; 3. Mother expresses concern(s) about changes in parental role; 4. Mother expresses concern(s) about family health. No defining

characteristic was eliminated. There was not correlation between nurses' profile and the judgement of the defining characteristics. The difficulties of operational definitions elaborating and the commentaries of nurses showed that the defining characteristics proposed by NANDA need assessment to become more objective and describe more accurately patients' answers concerning health problems and life issues. Recommend that a diagnostic content validation, followed by a clinical validation, happens in different settings of care and cultures to reach specific needs of clients.

**Key words:** Neonatal nursing; Nursing diagnosis; Validation studies.

1

---

## INTRODUÇÃO

Com os avanços do cuidado médico e de enfermagem, bem como da tecnologia biomédica, muitos bebês prematuros e enfermos têm sobrevivido nos últimos 20 anos. Em função da diminuição da mortalidade, verifica-se o crescimento do número de crianças com doenças crônicas e severas como broncodisplasia, malformações gastrointestinais, anomalias congênitas, doenças cardíacas congênitas complexas e síndromes multi-sistêmicas. Os recém-nascidos (RNs) prematuros de baixo peso são pacientes ainda mais frágeis clinicamente e vivenciam longos períodos de hospitalização, além de dependência de tecnologia para sobreviver, como, por exemplo, ventilação mecânica e uso de incubadoras. Alguns desses bebês recebem alta hospitalar com problemas crônicos de saúde que requerem dependência contínua de tecnologia e acompanhamento especializado por meses ou mesmo anos (MALDONADO, 1989; GIBSON, 1995; HAMELIN et al., 1997; WERESZCZAK et al., 1997; MILES et al., 1999; FENWICK et al., 2001). Assim como estes pequenos pacientes batalham por suas vidas, suas mães também lutam contra o sofrimento de viver esta situação difícil e inesperada (MALDONADO, 1989; WERESZCZAK et al., 1997).

O papel materno idealizado e esperado pela mãe é alterado quando esta é separada de seu bebê e passa a ter que contar com a equipe médica e de enfermagem para obter informações e contato com o filho. Infelizmente, as relações com a equipe podem tornar-se outra fonte de sofrimento quando ocorrem discrepâncias entre expectativas e percepções (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; FENWICK et al., 2001; MOREIRA, 2001). Além disso, a mãe tem que lidar com preocupações sobre as chances de sobrevivência do bebê e possíveis seqüelas. Como resultado desta experiência, a mãe vivencia grande carga de sofrimento, incluindo sentimentos de decepção, tristeza, depressão, hostilidade e raiva. Sente-se indefesa, culpada e tem, muitas vezes, a auto-estima prejudicada (MILES et al., 1996; WERESZCZAK et al., 1997; MILES et al., 1999; SINGER et al., 1999; FENWICK et al., 2001; FRAGA, 2002).

Verifica-se que, levando em conta as questões abordadas na literatura e o que se observa na prática profissional, o nascimento de um bebê que necessita de internação para cuidados intensivos ou mesmo semi-intensivos, precipita um evento bastante estressante para a mãe. Esta pode perceber-se como incapaz para entender às necessidades e comportamentos do bebê.

Na fase de preparo para alta, as mães são estimuladas a assumir integralmente os cuidados, com o suporte necessário. Nesta situação costumam relatar sentimentos de baixa auto-estima, fracasso e inabilidade para superar as dificuldades que surgem da experiência de cuidar. Elas enfrentam grande insegurança quanto à competência para cuidar de seus RNs, reconhecer e resolver problemas (COSTELLO e CHAPMAN, 1998; FENWICK et al., 2001).

A experiência como enfermeira assistencial em uma unidade de internação neonatal proporcionou oportunidades para vivenciar tanto as dificuldades maternas quanto as dificuldades profissionais com o uso de DEs (diagnósticos de enfermagem). O que fez com que surgisse o interesse na realização de um estudo sobre o DE (diagnóstico de enfermagem) “conflito no desempenho do papel de mãe”, direcionado às mães de RNs internados em unidades neonatais. A definição deste diagnóstico, segundo publicação da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, atualmente denominada NANDA Internacional), versão 2001-2002, é dada a seguir: “mãe experimenta confusão e conflito no desempenho de seu papel em resposta a uma crise” (p.65).

O termo “papel”, segundo o DICIONÁRIO HOUAISS (2001), significa “dever, obrigação legal, moral, profissional, etc” ou ainda “atribuição, função que se cumpre”. O papel materno é entendido aqui como papel desempenhado de forma a proporcionar ambiente que favoreça crescimento físico e desenvolvimento para o bebê (FENWICK et al., 2001; CARPENITO, 2002). Já “conflito” significa “profunda falta de entendimento entre duas ou mais partes” e, ainda, “segundo as teorias ‘behavioristas’, estado provocado pela coexistência de dois estímulos que disparam reações mutuamente excludentes” (DICIONÁRIO HOUAISS, 2001).

Logo, considera-se que a unidade de internação neonatal é um ambiente propício para o estudo do DE em questão, uma vez que a internação de RNs significa para as mães modificações no papel que elas esperavam desempenhar junto a eles, devido à grande freqüência com que não serão, no período de hospitalização, as pessoas que cuidam e protegem.

A justificativa para a realização deste trabalho é que o cuidado aos RNs deve abranger o cuidado às mães. Logo, também devem ser feitos DEs maternos válidos em unidades neonatais, uma vez que possibilitarão o planejamento da assistência com o objetivo de dar melhores condições para as próprias mães assumirem os cuidados de seus filhos, estando elas também assistidas, com condições de contribuir para o restabelecimento dos bebês e cuidados futuros. Os estudos enfatizam que a capacidade dos DEs de direcionar intervenções e o seu impacto no quadro dos pacientes estão diretamente relacionados ao quanto a nomenclatura existente tem sido avaliada criticamente e testada sistematicamente. Portanto, o diagnóstico “conflito no desempenho do papel de mãe” deve ser submetido a testes e refinamentos, o que pode favorecer o estabelecimento de intervenções mais apropriadas.

---

**OBJETIVOS**

Este estudo tem como **objetivos**:

- Realizar validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem, proposto pela NANDA, “conflito no desempenho do papel de mãe” e suas características definidoras junto a enfermeiros que atuam em unidades de cuidados neonatais e/ou que tenham realizado estudos ou formação específica sobre diagnósticos de enfermagem relacionados a esta área ou sobre a relação mãe-filho.
- Identificar as características definidoras maiores e menores do diagnóstico “conflito no desempenho do papel de mãe” relacionado a mães de recém-nascidos internados.
- Verificar se o julgamento dos enfermeiros foi influenciado por fatores como idade, tempo de atuação como enfermeiro, tempo de atuação em neonatologia, realização de cursos sobre DE, participação em cursos de pós-graduação, realização de pesquisa e utilização de DEs.

---

## REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1. A MULHER E O PAPEL MATERNO

A maternidade é ainda hoje um tema sagrado e continua difícil questionar que não esteja totalmente envolvida pelo amor materno. Entretanto, trabalhos (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985) discutem que ao longo da história uma sociedade que não valoriza um sentimento pode sufocá-lo a ponto de eliminá-lo em numerosos corações, embora não possa torná-lo impossível. Estes estudos questionam o conceito de instinto, entendido como uma tendência inata e poderosa, comum a todos os seres vivos ou a todos os indivíduos de uma mesma espécie. Este instinto, por outro lado, é considerado verdadeiro por WINNICOTT (1999). BADINTER (1985) contesta o caráter inato do sentimento materno e o fato de que todas as mulheres o sentem baseando-se na diversidade de atitudes apresentada pelas mulheres. KITZINGER (1978) justifica a questão do instinto falando sobre a fragilidade do bebê humano e de que existem, assim, razões biológicas para a grande dedicação inicial a ele, seja por parte da mãe ou de outro adulto que a substitua. Afinal, só assim ele pode sobreviver e ser criado com segurança enquanto ainda é dependente.

MALDONADO (1989) aponta que, a partir de uma análise histórica, o vínculo com o filho não se desenvolve através do instinto materno ou de laços de sangue. Para esta autora, o convívio e a disponibilidade para cuidar de uma criança e acompanhar o seu desenvolvimento são os aspectos cruciais na construção do amor e do vínculo com o filho.

Uma vez que se considerou difícil falar sobre as mulheres e o papel materno sem discutir alguns aspectos de sua relação com os pais e com os filhos, optou-se por trazer algumas considerações sobre o longo reinado da autoridade paterna e marital, bem como o processo de valorização da criança e a inserção da mulher neste contexto. O que se apresenta a seguir.

Guiado pelo princípio revolucionário que é o amor, Cristo proclamou que a autoridade paterna não poderia se estabelecer ao interesse do pai, mas no do filho, e que a mulher não era escrava, mas companheira. Pelo menos em teoria, havia um repúdio ao poder exorbitante do pai, com direito de vida e de morte sobre o filho, aos maus tratos à mulher e à poligamia. Muitos interesses abafavam tal mensagem, de forma que no século XVII o poderio do pai e do marido predominava em detrimento do amor, uma vez que toda a sociedade era conduzida pelo princípio da autoridade (BADINTER, 1985).

O princípio que sustentava toda a filosofia política era a legitimidade da autoridade do homem, repousada sobre a desigualdade natural existente entre os seres humanos (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985). A criança era inferior ao homem, devido ser imperfeita, inacabada, com faculdade deliberativa reduzida e, portanto, com o destino de ser submisso e dócil ao homem maduro. A mulher, independente de sua idade, era considerada como essencialmente inferior ao homem. Inclusive, a mulher também era considerada secundária na concepção, sendo todo o produto final resultado do esperma masculino (BADINTER, 1985).

O poder do homem era explicado por sua essência, sendo natural que a criatura mais acabada comandasse as demais por duas razões: em virtude de sua semelhança com Deus (comandando suas criaturas) e em virtude de suas responsabilidades políticas, jurídicas e econômicas como um Rei (comandando seus súditos).

Dois trechos bíblicos foram invocados constantemente para justificar esta responsabilidade e superioridade do homem: primeiro, o nascimento da mulher a partir de uma de suas costelas e, segundo, a mulher responsável pelo pecado e desventura do homem, representada por Eva e as maldições por esta recebidas, devido ao seu comportamento fraco e frívolo (BADINTER, 1985). Dessa forma, justificava-se amplamente a conduta dos homens em relação às mulheres.

Os interesses e a autoridade divina do marido e do pai relegam a segundo plano o amor. Em lugar da ternura, é o medo que impera em todas as relações familiares (BADINTER, 1985).

A criança constituía um fardo insuportável para os pais e, indiretamente, para as mães. Os cuidados, o sacrifício econômico, a atenção e a fadiga que um bebê representava nem sempre agradavam aos pais e muitos resolveram livrar-se deste fardo através de uma gama de soluções: infanticídio, indiferença, entregando os bebês a amas-de-leite ou abandonando-os. Os critérios de adoção das alternativas eram geralmente econômicos (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989).

O primeiro sinal de rejeição do filho era representado pela recusa em amamentar. Assim, o hábito de contratar amas-de-leite esteve presente na França há muito tempo e a abertura da primeira agência de amas, em Paris, data do século XIII. De acordo com as possibilidades financeiras de cada família, a ama poderia ser instalada na residência ou a criança lhe era mandada para viver em sua casa, isso durante muitos anos (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989).

O uso de amas-de-leite implicava em conseqüências bem negativas para as crianças. Uma delas era o distanciamento da família por anos, sendo que muitas mães não iam visitar seus filhos ou procurar com freqüência notícias dele. Outra conseqüência era a morte, visto que as amas, em sua maioria, eram mulheres de classe social bem desprivilegiada, doentes, trabalhadoras rurais, que submetiam estas crianças a condições sub-humanas de alimentação e higiene. Outra conseqüência ainda era o desmame dos filhos destas amas (BADINTER, 1985).

As mulheres que trabalhavam em ofícios junto com seus maridos tinham dificuldade para amamentar. Se fossem dedicar-se ao bebê, os maridos teriam que contratar alguém para substituí-las em suas funções. Um dado

econômico não desprezível é que ficava menos oneroso contratar amas do que empregar trabalhadores de baixa qualificação. O que prova que muitas amas recebiam um salário miserável e explica, em certo ponto, a péssima condição das crianças que lhes eram confiadas.

As mulheres que faziam pequenos ofícios em casa como fiandeiras de seda ou bordadeiras eram incapazes de pagar uma ama, por mais barata que fosse. Assim, nas categorias sociais mais desfavorecidas registrou-se o menor número de crianças mortas na casa de amas. Para os casais ainda mais pobres os filhos representavam uma verdadeira ameaça à sobrevivência, não lhes restando outra alternativa senão livrarem-se deles. O que era feito através da entrega em orfanatos ou a amas menos exigentes possível. Tanto uma alternativa quanto a outra não representava grande chance de sobrevivência para a criança (BADINTER, 1985).

De uma maneira geral, estavam ausentes as precauções elementares em torno do bebê, tanto na casa da mãe quanto na casa da ama. Só por volta de 1760-1770 é que houve uma tomada de consciência coletiva e valorização da criança (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989).

Não se pode afirmar que todas as mulheres que abandonaram seus filhos, de uma forma ou de outra, o fizeram por falta de amor. Muitas estavam reduzidas a tal penúria física e moral que é justo indagar se teria havido opção para um outro sacrifício vital. Basta pensar nas mulheres do campo que, mal acabavam de parir, abandonavam seus bebês para amamentar outros na cidade, recebendo bem pouco por isso. Tal atitude destinava, geralmente, seus próprios filhos à morte (BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989). Não se trata de usar este exemplo como prova da inexistência do amor materno, mas para concluir que existem momentos de superioridade do instinto de sobrevivência sobre o chamado instinto materno.

O exílio maciço de crianças para a casa das amas foi muitas vezes explicado pela situação econômica dos pais, entretanto, ao lado das crianças de situação miserável havia também crianças pertencentes a categorias sociais que poderiam se ocupar de seus filhos, com maior ou menor facilidades. Nestas últimas, o que explica tal exílio não foi a questão econômica, mas os valores sociais tradicionais: como a sociedade valoriza o homem, e portanto o marido, é normal que a esposa dê prioridade aos interesses deste em relação aos do bebê. Tudo devia girar em torno do homem, fundamento econômico e chefe moral da família, ele era o centro (BADINTER, 1985).

Havia ainda um grupo de mulheres, da classe dominante, sobre as quais não houve qualquer peso econômico e foram menos submetidas aos valores tradicionais, entretanto, também enviaram seus filhos para as amas. Menos numerosas que as outras, apresentavam um comportamento que, sendo elas mais livres, pode levar ao questionamento da espontaneidade do amor materno, segundo BADINTER (1985).

Um aspecto a considerar era a grande insignificância dada às crianças e esse desprezo real está representado na literatura, meio de comunicação que atingia os leitores nobres e burgueses. A criança era vista como um brinquedo divertido do qual se gosta pelo prazer que proporciona e não pelo seu bem, portanto, assim que deixava de distrair, deixava de interessar. Existia também um profundo desinteresse da medicina e esta só se ocuparia desta especialidade no século XIX. A palavra pediatria só surgiu em 1872. As crianças contavam pouco porque não pareciam nem insubstituíveis, nem como personalidades únicas, muito menos como riqueza. Além disso, eram mais difíceis de tratar que os adultos porque, quando pequenos, não sabiam falar, visto que a fonte principal de informações era as perguntas feitas aos doentes e não a ausculta ou outros meios de investigação diagnóstica (BADINTER, 1985).

De acordo com BADINTER (1985), a indiferença de toda uma classe social não explica totalmente o comportamento dessas mães da classe dominante.

Outra parte da explicação encontra-se nos desejos e ambições das mulheres da época.

Parece que estas mães, que não estiveram submetidas a fatores econômicos e tiveram todas as condições para criar os filhos junto a si, julgaram a maternidade uma ocupação indigna e preferiram livrar-se deste fardo. E o fizeram sem provocar qualquer estranheza, uma vez que era dada pouca importância às mães amorosas ou dedicadas, o que demonstra que esse amor não tinha nem valor social, nem moral. A moda não era a maternidade, o que mostra que sobre essas mulheres privilegiadas não pesavam nem ameaças, nem culpas de qualquer tipo (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985).

BADINTER (1985) enfatiza que não desconsidera que, em todos os tempos, houveram mães dedicadas e que o amor materno não é uma criação do século XVIII ou do XIX. Menciona os registros de camponesas que, no século XIV, embalavam, acariciavam e choravam os filhos mortos. KITZINGER (1978) também menciona constantemente as camponesas como mães afetuosas e dedicadas. Porém, afirmam que provavelmente não se tratou de uma atitude universal.

As grandes taxas de mortalidade do século XVIII também podem ter influenciado a frieza dos pais, como uma maneira de se proteger da tristeza de perderem os filhos (BADINTER, 1985).

O desinteresse pelas crianças também causou recusa da amamentação, sendo considerada fisicamente má para a mãe e pouco conveniente, pois tirava da mulher a sua vida social. E se o risco de perder a beleza e a saúde não fossem suficientes para comover, as mulheres podiam ainda apelar para a ordem social e moral, que não permitia indiferença à questão. A amamentação foi declarada ridícula e repugnante, uma tarefa não nobre o bastante para uma dama superior. Amamentar o próprio filho equivalia a mostrar-se como não pertencente à melhor sociedade. Este era um fator de distinção das

mulheres da nobreza, imitado por mulheres de outras classes sociais (BADINTER, 1985).

Não se considerava adequado expor o seio para amamentar o bebê. Tratava-se de era um gesto despuadorado, além de provocar uma imagem animalizada da mulher como uma “vaca leiteira”. No século XVIII esta razão tinha grande peso e não se pode ignorar o pudor como um sentimento real que desmotivava a amamentação. Se a mulher amamentasse devia fazê-lo escondido, o que também interrompia um longo período de sua vida social e a de seu marido. Outro aspecto é a representação da amamentação como atentado à sexualidade do marido e restrição ao seu prazer. Alguns homens demonstravam verdadeira aversão às mulheres em período de amamentação, devido ao cheiro de leite e à associação com sujeira (BADINTER, 1985).

Dado interessante é que no século XVIII as amas passaram a dar leite de vaca para os bebês em pequenos chifres furados (estes foram precursores das mamadeiras na França, embora o uso de mamadeiras já estivesse bem difundido em outros países da Europa, como Alemanha e Rússia), porque se passou a acreditar popularmente que sugando o leite sugava-se também o caráter e as paixões de quem amamenta. Sem dúvida, isto contribuiu para elevar as taxas de mortalidade infantil.

Os séculos XVII e XVIII constituem um período em que, na França, as mulheres que tinham recursos para tanto, procuraram definir-se como mulheres, seres autônomos, sem o recurso de outrem para defini-las, o que até então levava a uma definição baseada apenas no papel de mãe e de esposa. Quanto ao papel de mãe, isto foi facilitado visto que não havia cobranças sobre a mulher e a sociedade ainda não atribuía à criança o lugar que se atribuiu posteriormente. Entretanto, o movimento incomodou em função do papel de esposa, o qual não podia deixar de ser adequadamente cumprido em função de prejudicar o homem e questionar sua autoridade. A mulher iniciava, portanto, uma busca pela emancipação e pelo poder (BADINTER, 1985).

O motivo deste fenômeno ter ocorrido na França e posteriormente ter se difundido é que as francesas foram as primeiras a confiar seus filhos a amas e, onde havia uma classe de mulheres mais favorecidas socialmente, as quais estavam bastante libertas dos fardos próprios à condição feminina: contingências materiais, autoridade do marido e isolamento cultural. Desde fins do século XVI, as francesas tiveram uma vida e um comportamento mais livre do que as mulheres de outros países europeus. Não se pode explicar esta liberdade por uma atitude particular da Igreja para com elas, mas por terem vivido em uma nação considerada como a mais desenvolvida da Europa, juntamente com a Inglaterra, e seus costumes como os mais refinados do mundo (BADINTER, 1985).

As mulheres pertencentes aos meios mais refinados pensaram alcançar o poder partilhado em condições de igualdade, o saber outrora reservado aos homens. Um grupo mais extremista defendia que marido, família do marido e filhos eram desgraças para a vida da mulher. Embora tenham sido bastante hostilizadas e ridicularizadas, exerceram influência e conseguiram propagar algumas idéias em seu meio, o que resultou em uma mudança de comportamento dos homens para com suas mulheres e amantes (BADINTER, 1985).

Pais e maridos não viam com bons olhos essa sede de cultura, assim, procuraram amenizar seus efeitos através de um discurso, do fim do século XVI a meados do século XVIII, que pudesse influenciá-las a voltar às suas funções naturais de donas de casa e de mães. O saber, segundo eles, estragava as mulheres, pois, as distraía quanto aos seus deveres mais sagrados, prejudicando o bom andamento da casa (BADINTER, 1985).

No século XVIII, mais que em qualquer outro anterior, as mulheres das classes sociais mais favorecidas puderam alcançar a autonomia intelectual. Embora tenham sido poucas, em relação a 80% de mulheres analfabetas, elas conseguiram provar que, com tempo e dinheiro, as mulheres poderiam ser iguais aos homens. Desejavam ser livres, não se prendendo ao casamento que as sujeitavam ao marido, nem à maternidade, que as sujeitavam ao filho. As menos

favorecidas apenas podiam imitá-las através da indiferença aos filhos (BADINTER, 1985).

### **3.1.1. A valorização da criança e da mulher enquanto mãe**

Na França, dos séculos XVII a meados do XVIII, a morte das crianças era algo banal. Entretanto, no fim do século XVIII, o que passou a importar foi a sobrevivência das crianças e não seu adestramento, o qual antes era prioritário (BADINTER, 1985). A imensa mortalidade infantil passou a chamar a atenção, sendo o período crítico o primeiro período da infância (antes do desmame). As perdas passam a interessar ao Estado, que procurou amenizar a situação (BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989).

Para operar este salvamento era preciso convencer as mães a retomarem suas tarefas esquecidas, o que foi feito de forma empenhada por médicos, administradores e moralistas. Parte das mulheres foi sensível a esta nova exigência, não porque se envolveram com as motivações econômicas e sociais dos homens, mas porque havia um outro discurso, mais sedutor que este primeiro. Um discurso de que através do desempenho da maternidade, e conseqüentemente da amamentação, elas poderiam atingir a felicidade, a igualdade, o respeito e a valorização social que tanto almejavam e jamais tiveram. Foram convencidas de que, finalmente, estavam diante de uma tarefa necessária e nobre que o homem não podia, ou não queria, realizar (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989).

Entretanto, por diferentes razões, nem todas as mulheres aderiram igualmente a este discurso. Durante todo o século XIX, os ideólogos voltaram a insistir incansavelmente quanto à nobreza e à importância do papel materno, o que demonstra que os efeitos desejados deste discurso ainda não estavam plenamente obtidos, ou seja, nem todas as mulheres haviam sido definitivamente convencidas. Se muitas se submeteram alegremente aos novos valores, grande

número delas apenas simulou acatá-los e puderam ficar em paz (BADINTER, 1985).

Após 1760, de acordo com BADINTER (1985), apareceram inúmeras publicações que recomendavam às mães cuidarem pessoalmente de seus filhos e ordenavam que amamentassem. Tais publicações, como a de Rosseau (Émile), impuseram à mulher a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendraram o mito que continuou vivo mais de duzentos anos depois: o do instinto materno ou amor espontâneo de toda mãe pelo filho.

É interessante como no fim do século XVIII o amor materno parece um conceito novo. Não se ignora que esse sentimento existiu em todos os tempos e em toda a parte, como dito anteriormente. O que se mostra novo é sua valorização como algo ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. Pode-se ver nele, em alguns momentos da história, um valor mercantil. Isto porque se percebe que a criança é potencialmente uma riqueza econômica, que poderá produzir riquezas no futuro. Outro aspecto que converte o ser humano numa provisão preciosa para o Estado é a garantia de seu poderio militar. Assim, toda a perda humana, ao final do século XVIII, passa a ser considerada uma perda do Estado (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989; BEZERRA e FRAGA, 1996; PEREIRA, 2000).

A sociedade deslocou-se da valorização da autoridade para a valorização do amor, o foco ideológico iluminou cada vez mais a mulher e relegou o homem à obscuridade. Este último ficou cada vez mais envolvido com suas atividades políticas e com o sustento da família, tendo pouco tempo para os filhos e sendo cada vez mais excluído de tal tarefa (BADINTER, 1985).

Em defesa da criança houve três discursos, segundo BADINTER (1985). O primeiro deles, um discurso econômico, baseou-se na tomada de consciência da importância da população para um país. O segundo propagou duas idéias complementares que favoreceram o desenvolvimento do amor e de

número delas apenas simulou acatá-los e puderam ficar em paz (BADINTER, 1985).

Após 1760, de acordo com BADINTER (1985), apareceram inúmeras publicações que recomendavam às mães cuidarem pessoalmente de seus filhos e ordenavam que amamentassem. Tais publicações, como a de Rosseau (*Êmile*), impuseram à mulher a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendraram o mito que continuou vivo mais de duzentos anos depois: o do instinto materno ou amor espontâneo de toda mãe pelo filho.

É interessante como no fim do século XVIII o amor materno parece um conceito novo. Não se ignora que esse sentimento existiu em todos os tempos e em toda a parte, como dito anteriormente. O que se mostra novo é sua valorização como algo ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. Pode-se ver nele, em alguns momentos da história, um valor mercantil. Isto porque se percebe que a criança é potencialmente uma riqueza econômica, que poderá produzir riquezas no futuro. Outro aspecto que converte o ser humano numa provisão preciosa para o Estado é a garantia de seu poderio militar. Assim, toda a perda humana, ao final do século XVIII, passa a ser considerada uma perda do Estado (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989; BEZERRA e FRAGA, 1996; PEREIRA, 2000).

A sociedade deslocou-se da valorização da autoridade para a valorização do amor, o foco ideológico iluminou cada vez mais a mulher e relegou o homem à obscuridade. Este último ficou cada vez mais envolvido com suas atividades políticas e com o sustento da família, tendo pouco tempo para os filhos e sendo cada vez mais excluído de tal tarefa (BADINTER, 1985).

Em defesa da criança houve três discursos, segundo BADINTER (1985). O primeiro deles, um discurso econômico, baseou-se na tomada de consciência da importância da população para um país. O segundo propagou duas idéias complementares que favoreceram o desenvolvimento do amor e de

sua expressão: as idéias de igualdade e de felicidade. Assim, foi diminuída a autoridade paterna, em favorecimento à criança e à mãe. Embora a condição da mulher não tivesse progredido, a sua condição de esposa-mãe progrediu bastante. No final do século XVIII, o comportamento do marido para com a mulher modificou-se bastante, não apenas nas classes mais abastadas, o que se deveu à nova moda do casamento por amor e à valorização do papel mais importante da mulher, que era junto aos filhos, e de companheira modesta, dócil e sensata ao marido, cujas ambições não ultrapassam os limites do lar.

O terceiro discurso era algo ameaçador para as mulheres que se negassem a ser boas mães e a amamentar. Neste último caso, a punição se configura através de todo tipo de doença, com risco de vida, infelicidade, além da discriminação social. Este discurso foi poderoso na vida das mulheres desde o início do século XIX até o seu final. O abandono do aleitamento materno era visto por todos como um pecado a Deus, uma ação imoral, além disso, uma injustiça cometida contra o filho.

Além disso, no final do século XVIII, passaram a ser reelaboradas as noções de disciplina e higiene, as quais tiveram fundamental importância para o desenvolvimento do fenômeno caracterizado pela concentração cada vez maior de ações e tecnologias médicas sobre o corpo humano, sendo que tal fenômeno é chamado de medicalização. Deste modo, as pessoas a ter uma maior dependência da medicina e a mulher foi considerada uma peça importante neste processo, porque dela dependiam muitas mudanças pretendidas ao nível político e social (PEREIRA, 2000).

Para PEREIRA (2000), a mulher virou o centro da atenção, perdendo sua conotação negativa, derivada de sua “fragilidade” e “precariedade da saúde”, e ganhando a imagem de instrumento de mudanças e de manutenção das mesmas. Uma vez que tanto a medicina quanto o hospital passaram a ter novas funções sociais (promoção e manutenção da saúde), a mulher foi interpretada como um outro instrumento para tratar os corpos e sanificar o meio. Depois de

séculos de desqualificação, sendo considerada um ser incompleto, um homem inacabado, a mulher ganha novas atribuições e melhor qualificação social. Detendo-se nesta situação, pode-se refletir, como bem coloca AZAMBUJA (1986), o quanto as necessidades sociais, políticas e históricas podem criar um corpo ideológico que se infiltra em todo o comportamento das pessoas de forma que as manipula e aliena.

Todos os argumentos tiveram como resultado colocar a mulher diante de suas responsabilidades, o que segundo os teólogos da época, eram imensas. As mulheres, segundo eles e médicos da época, eram absolutamente responsáveis pela sobrevivência e pela saúde futura de seus filhos (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989; PEREIRA, 2000).

Surge um novo modo de vida no final do século XVIII e que se desenvolveu no curso do século XIX. A família moderna se recentra em torno da mãe, que adquire uma importância que jamais tivera (BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989; HOGA et al., 2000; PEREIRA, 2000). As mulheres que mais rapidamente se conformaram ao novo modelo foram as burguesas, que não tinham ambições intelectuais, sociais, nem necessidade de trabalhar junto ao marido. Assim, foram as primeiras a se sensibilizar com os discursos médicos e das autoridades locais, as primeiras a concordarem que a criança dava sentido à vida da mulher. Além disso, viram uma oportunidade de promoção e de emancipação que as aristocratas não vislumbraram. Responsável pela casa, por seus bens e suas almas, a mãe é sagrada a “rainha do lar”. Não é mais como o fora: um ser que, como a criança, se precisa governar (BADINTER, 1985; HOGA et al., 2000).

A maternidade torna-se um papel gratificante porque está agora impregnado de ideal. A mãe passa a ser comparada a uma santa, evoca-se com frequência o sacrifício e a vocação maternos (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989; HOGA et al., 2000, PEREIRA, 2000). Ao mesmo tempo em que as tarefas destinadas à mãe eram exaltadas, com características

de grandeza e nobreza, as mulheres que não eram capazes de desempenhá-las com perfeição eram condenadas. As mães passaram a ser culpadas de qualquer dificuldade infantil (BADINTER, 1985).

As mulheres mais desfavorecidas foram as últimas a aderirem à nova moda. Até o início do século XX, estas mulheres ainda estavam entregando seus filhos a amas para poderem trabalhar e ajudar o marido no sustento da família. Com muito cansaço e várias tarefas a desempenhar, o filho ainda é um fardo para estas mulheres, o que é agravado por sua fecundidade generosa, considerada por muitos criminosa. Isto aumentou dentro das classes pobres o índice de entrega às amas, o abandono e as taxas inalteradas de mortalidade infantil (BADINTER, 1985).

Por mais que a propaganda intensiva de Rousseau e seus sucessores não tenha conseguido um comportamento materno unânime, seus discursos tiveram um forte efeito sobre as mulheres. Algumas se sentiram obrigadas a simular o desempenho do novo papel e muitas se sentiam cada vez mais responsáveis pelos filhos. Assim, quando não assumiam seu dever, eram tomadas pela culpa. Nesse sentido Rousseau obteve sucesso significativo: a culpa dominou o coração das mulheres (BADINTER, 1985).

### **3.1.2. As crescentes responsabilidades e cobranças do papel de mãe**

Além de assegurar a vida do filho, a mãe passou a ser responsável por sua educação e a ser importante para sua formação intelectual. Passa a não ter apenas uma função “animal”, competindo-lhe também o dever de formar um bom cristão, um bom cidadão, uma pessoa saudável, sendo considerada a mais indicada a assumir esses encargos. E foi a “natureza” que lhe atribuiu estes deveres. Assim, ela se tornou assistente do padre, do médico, do professor. Suas responsabilidades foram cada vez mais estendidas, o que atenderia às necessidades da sociedade (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; MALDONADO,

1989; TEIXEIRA, 1999; HOGA et al., 2000; PEREIRA, 2000). A mulher do século XX arcou com uma última responsabilidade: o inconsciente e os desejos do filho. A psicanálise promoveu a mãe como grande responsável pela felicidade de seu rebento. Missão terrível que acabou por definir o seu papel e lhe aumentou ainda mais a culpa (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989).

A “natureza feminina” foi definida de forma a ser indissociável do papel materno e das características da boa mãe. Freud e Rousseau, apesar dos 150 anos que os separam, descreveram a mulher normal como aquela caracterizada pelo sacrifício e dedicação (BADINTER, 1985).

Uma vez que o homem foi definido longamente como criatura ativa, forte, inteligente, corajosa e a mulher como naturalmente fraca, dócil, passiva, complemento deste, ser essencialmente relativo e com a função de servir ao homem e ao filho vivendo para e por eles, não era simples opor-se ao conceito de natureza feminina (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985). As mulheres tinham apenas como opção imitar o modelo imposto, reforçando com isso sua autoridade e valorização social, ou agir de acordo com seus ideais e enfrentar as conseqüências de tal comportamento, o que significaria serem acusadas de egoísmo, de maldade e até desequilíbrio. Desafiar a ideologia dominante seria assumir uma “anormalidade”, portanto, não é tarefa fácil. Pode-se imaginar que muitas mulheres submeteram-se silenciosas, algumas tranqüilas, outras frustradas e infelizes (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985).

A mãe considerada ideal desdobra sua energia e recebe recompensas através de alegrias ilimitadas, assume quase sozinha a educação completa dos filhos, cuida de sua higiene, alimentação, leva para passear, sem tempo para cuidar de si mesma. Para ela só tem valor saber se as crianças estão bem ou se não estão. Não pode ter sono pesado, nem deixar os filhos longe de si. O instinto materno provoca uma dedicação, uma paciência e um amor sem limites. Não se pode ser mãe e outra coisa ao mesmo tempo porque o ofício materno bem

desempenhado não deixa tempo livre (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; HOGA et al., 2000).

A insistência geral em falar de deveres maternos demonstra que, por mais que se afirmasse que a maternidade era inerente à condição de mulher, a natureza precisava ser respaldada e bastante incentivada pela moral (BADINTER, 1985).

O aumento das responsabilidades maternas, desde o fim do século XVIII, fez entrar em declínio a importância da autoridade paterna, tão pronunciada no século anterior. A bondade, a qualidade e o prestígio paternos são medidos pela capacidade de sustentar a família. O homem foi despojado de sua paternidade, reconhecendo-se nele apenas uma função econômica, distanciando-o dos filhos. Entretanto, tudo leva a crer que os homens não se incomodaram com tal processo, afinal não estavam interessados em terem tantas responsabilidades quanto as mulheres. Hoje existe um movimento para trazer novamente o pai para que, junto com a mãe, se responsabilize pelo bem-estar da criança (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985, MALDONADO, 1989; BRETAS e SILVA, 1998; PEREIRA, 2000).

As mulheres lutaram e vêm lutando por igualdade junto aos homens. Outro ponto que mostra sua desvantagem em relação a estes são as constantes cobranças às quais estão mais submetidas. Se antes eram muito cobradas porque trabalhavam fora e deixavam seus filhos, hoje podem ser cobradas ainda porque não estão se dedicando ao trabalho, à carreira como deveriam devido a estarem divididas em função da maternidade (KITZINGER, 1978; BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989).

Assim, o aumento das opções na construção da própria vida traz maiores conflitos e sobrecargas para as mulheres, se configurando em uma outra desvantagem em relação aos homens. Por exemplo, quanto às mulheres que trabalham fora de casa, a jornada dentro de casa ainda não é bem compartilhada

com os companheiros, permanecendo as mulheres como as principais responsáveis pela organização da casa e cuidados aos filhos, o que faz com que lhes seja cobrado um desempenho satisfatório nos papéis acumulados de dona-de-casa, esposa, mãe e profissional. Diante da dificuldade de dividir tempos e espaços, freqüentemente acumulam também ressentimentos: queixam-se da falta de tempo para si mesmas, da falta de reconhecimento e de ajuda (MALDONADO, 1989).

Para MALDONADO (1989), outra desvantagem das mulheres em relação aos homens é que são presas à culpa, principalmente em relação aos filhos. Apresentam um conflito entre sentirem-se no direito de dedicarem-se a atividades de seu interesse e a cobrança de darem assistência integral às crianças.

Os discursos feministas podem demonstrar o que aponta WINNICOTT (1999): muitas mulheres temem que a condição materna vá transformá-las de forma que vivam apenas em função da relação com o filho, não conseguindo ver a dedicação intensa do pós-parto como uma condição inicial, passageira. Então, prendem-se a uma carreira e nunca se entregam por completo, nem mesmo temporariamente, a um envolvimento total.

As discussões mostram que a maternidade é uma expressão da cultura e engloba os valores dominantes de uma dada sociedade que determinam os papéis respectivos do pai, da mãe e do filho. Assim, segundo a sociedade valorize ou deprecie determinados modelos de maternidade, a mulher será, em maior ou menor medida, uma boa mãe. Além disso, as respostas das mulheres em relação à maternidade também variam de acordo com suas classes sociais, assim, a auto-cobrança, os objetivos, os conceitos de boa mãe, os prazeres e desgostos são diferentes (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985).

Como apontam muitos autores (KITZINGER, 1978; BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; WINNICOTT, 1999), as cobranças e tensões são tamanhas

que podem impedir as mulheres de desfrutarem os prazeres de serem mães. Os autores apontam ainda a necessidade das mulheres libertarem-se de cobranças quanto a fazer tudo perfeito. Sugerem o maior aproveitamento da troca que se pode estabelecer com os bebês, enfatizando que esta troca se dá de diferentes maneiras, sendo altamente individualizadas.

Existe a imposição de estilos de maternidade determinados pela cultura, os quais são efêmeros e que refletem preocupações relacionadas com a moda em vigor quanto à educação de crianças. Uma vez que as modas estão constantemente mudando, muitas mulheres vivem angustiadas, imaginando terem causado danos irreparáveis aos filhos, sentindo-se culpadas por tudo aquilo que fizeram desde o parto até a infância destes (KITZINGER, 1978).

Quando as mulheres são pressionadas no sentido de desempenhar seu papel materno de determinada maneira, é introduzido um elemento na sua relação com os filhos, ou seja, um objetivo a atingir, correndo-se o grande risco de falhar. Este objetivo geralmente é que as mulheres/mães dêem conta de produzir seres humanos seguros, emocionalmente equilibrados, altamente inteligentes e criativos, capazes de justificar plenamente sua existência no mundo. Tal cobrança pode tornar a maternidade uma tarefa difícil, embaraçosa e mesmo dolorosa, na qual as mulheres têm que lutar constantemente com a impotência e o sentimento de incapacidade (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; MALDONADO, 1989; BRAZELTON, 1988).

### **3.1.3. A construção do papel materno e a importância do vínculo**

Em princípio, a lei natural não admite exceções: ser mulher é igual a ser mãe, o que é igual a amar o filho incondicionalmente. Entretanto, as discussões apontadas até agora mostram que o amor materno e o desempenho do papel materno no reino humano não são normas imutáveis, pois neles intervêm numerosos fatores. Por exemplo, a amamentação e o choro do bebê não

provocam a mesma reação em todas as mulheres, como coloca BADINTER (1985). Além disso, a autora aponta que qualquer pessoa pode maternar um bebê e não só o amor materno leva a mulher a cumprir seus deveres maternais: a moral, os valores sociais e/ou religiosos podem influenciar tanto quanto os desejos da mãe.

Embora existam várias abordagens do tema, tornar-se mãe é descrito na literatura como a maior transição na vida de uma mulher (KITZINGER, 1978; BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; MERCER e FERKETICH, 1990; ZABIELSKI, 1994), por desencadear redefinição sobre quem as mulheres são e seus papéis. ZABIELSKI (1994) aponta que talvez o evento mais crítico na vida de uma mulher seja a maternidade, especialmente quando ocorre pela primeira vez. O desenvolvimento do papel materno implica um desafio para a percepção da mulher em relação a si. Seu passado, futuro e presente são colocados em questão e sua auto-imagem é redefinida; ela desenvolve a identidade de mãe (ZABIELSKI, 1994). Desta forma, considerou-se importante fazer algumas considerações sobre identidade e papel.

A identidade, de acordo com ZABIELSKI (1994), deriva da ligação entre a própria percepção e a percepção de outros sobre um determinado ser. Deriva do balanço entre o individual e o coletivo, sendo um processo contínuo, começando com a própria autodiferenciação na infância. Posteriormente, a criança identifica-se com aspectos de pessoas significativas para ela. A formação madura da identidade começa quando a utilidade das identificações termina. Na adolescência, devido a um processo seletivo de assimilação ou repúdio das identificações da infância, ocorre a construção de uma nova configuração.

Expectativas quanto à identidade podem ser verificadas examinando-se os papéis relacionados a esta identidade. Os papéis podem ser examinados sob duas perspectivas. A primeira trata o papel como culturalmente construído. Assim, os indivíduos são socialmente determinados a assumir certas posições, portanto, certos comportamentos definidos como normais são esperados deles. Quando um

indivíduo desempenha os deveres desta posição, está desempenhando um papel. A segunda assume que os papéis são concebidos como regulamentos resultantes de uma interação social. Cada posição tem um papel recíproco e a interação entre as pessoas que desempenham estes papéis modifica e valida o comportamento de cada um (ZABIELSKI, 1994).

O desempenho de um papel é um comportamento manifestado socialmente, no qual ocorrem processos implícitos, que são as expectativas e percepções quanto ao papel, e explícitos, que é o próprio desempenho do papel (ZABIELSKI, 1994).

Para ZABIELSKI (1994), o papel pode ser aprendido de duas maneiras. Uma delas seria através do ensino intencional (formal ou informalmente), utilizando-se métodos que reforcem a aquisição de padrões de comportamento esperados. Outra forma de aquisição do papel é o aprendizado através da adoção por parte do indivíduo do comportamento de outros com os quais convive.

MERCER e FERKETICH (1990), bem como KEMP et al. (1990), definem o desenvolvimento do papel materno como um processo no qual a mulher adquire competência no desempenho do papel, integrando seus comportamentos maternos em um papel estabelecido, de forma que se sinta confortável com sua identidade como mãe.

A construção do papel materno é um processo cognitivo-afetivo complexo, tem suas origens na própria experiência da mãe enquanto filha e gradualmente é processado ao longo da gestação, culminando com a obtenção de uma identidade materna dentro do primeiro ano de vida do bebê (KITZINGER, 1978; BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KIMURA, 1997). O papel materno, segundo KIMURA (1997), é aprendido, não é instintivo e é formado dentro de um contexto de normas sociais.

O papel materno e a identidade materna são adquiridos e modificados dentro do contexto de interações constantes com o bebê, pelo qual a mulher tem

total responsabilidade nas atividades de alimentação, cuidado e carinho. Nestas interações o bebê desempenha um importante papel, o qual regula os comportamentos maternos a partir de suas respostas (KITZINGER, 1978; BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; ZABIELSKI, 1994; KIMURA, 1997). Outro aspecto importante é a presença de um adulto, o qual pode dar reforço positivo para a mulher de que ela está desempenhando satisfatoriamente o papel de mãe (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; ZABIELSKI, 1994; WINNICOTT, 1999).

Em contraste a isto, as mães de RNs que precisam de hospitalização logo após o nascimento, geralmente prematuros, têm contatos esporádicos e limitados com o seu filho neste período e o desenvolvimento deste relacionamento é adiado (MALDONADO, 1989; ZABIELSKI, 1994; BELLI, 1995; BARBOSA, 1999; BIALOSKURSKI et al., 1999; CUNHA, 2000; VIEIRA e ROSSI, 2000; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002).

Pensando-se ainda na questão do desempenho do papel materno junto aos bebês internados, é importante discutir a questão do apego. O apego está relacionado ao papel materno, pois, propicia compromisso emocional com o bebê, compromisso este que pode ser a força fundamental a estimular a mãe a cuidar de seu filho (BRAZELTON, 1988; KIMURA, 1997; SANTOS et al., 2001). As condições físicas do RN e a personalidade materna contribuem independentemente para o desenvolvimento do apego materno. Assim, no caso de bebês que nascem doentes e que são separados de suas mães, as quais estão altamente ansiosas ou deprimidas, existe a somatória de fatores que elevam o risco de haver problemas no desenvolvimento do apego (KITZINGER, 1978; BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; BIALOSKURSKI et al., 1999; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002). BRAZELTON (1988), porém, aponta que o resultado final também pode ser bem gratificante, pois, o esforço para a superação das dificuldades torna-se uma forte força para o apego.

Estudos já afirmaram o apego como um processo automático com aplicação universal. Entretanto, esta proposição não levou em conta outros fatores como as diferenças individuais, fatores maternos como ansiedade, paridade e idade, disponibilidade de suporte social e financeiro, alterações na dinâmica familiar, sentimentos de pesar por ter perdido outro bebê e outros fatores relacionados ao próprio bebê. Estas questões demonstram a complexidade do apego e seu aspecto multifatorial (KITZINGER, 1978; BRAZELTON, 1988; KLAUS e KENNEL, 1992; BARBOSA, 1999; BIALOSKURSKI et al., 1999; SANTOS et al, 2001).

O apego, definido como a capacidade de formar vínculos duradouros, é um aspecto fundamental da experiência humana (BRAZELTON, 1988). Relatos maternos, bem como estudos, demonstram que as mães desejam tomarem-se vinculadas aos bebês logo após o nascimento. Elas esperam passar o tempo todo com eles, limitar situações que interfiram neste relacionamento e consideram fundamental a proximidade física (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; BIALOSKURSKI et al., 1999; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002). Assim, o desenvolvimento do apego trata-se de uma experiência profunda e complexa que requer contato físico precoce (KITZINGER, 1978; BRAZELTON, 1988; KLAUS e KENNEL, 1992; BIALOSKURSKI et al., 1999).

Logo após o parto, deve ser dada oportunidade às mães de manterem contato com seus filhos para que comecem a aprender os indícios através dos quais, em breve, serão capazes de reconhecer seus bebês como distintos dos outros. Para que isto ocorra, é necessário que haja condições para que eles possam ser tocados, observados e ouvidos pelas mães, assim, estas últimas poderão descobri-los, conhecê-los e começar a sentirem-se mães. O toque é fundamental neste processo, pois, quando o bebê é dado à mãe, ela tem a oportunidade de conhecê-lo à sua maneira, havendo uma seqüência de toques hesitantes, com pontas de dedos, para que depois ocorra a entrega aos afagos e carícias. A seqüência destes toques faz parte de um processo de desabrochar

emocional que se manifesta para algumas mulheres de forma lenta e gradual e para outras de forma rápida e intensa (KITZINGER, 1978; BRAZELTON, 1988; KLAUS e KENNEL, 1992).

O relacionamento entre mães e bebês começa com o estabelecimento de laços desde o início do desenvolvimento fetal. A baixa aceitação da gravidez pela mãe ou por pessoas significativas para ela é um componente crítico na solidificação deste processo de apego. Em situações nas quais o suporte é perdido ou os relacionamentos são instáveis, o apego pode ser afetado adversamente (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS E KENNEL, 1992; BIALOSKURSKI et al., 1999). Um fator que pode tornar problemático o processo de apego é a internação do bebê em uma unidade neonatal, uma vez que a separação entre mãe e filho ocorre nestas circunstâncias devido à necessidade de aparato tecnológico e intervenções para manutenção da vida (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; BIALOSKURSKI et al., 1999).

Assim, o desenvolvimento do apego e o desempenho do papel materno fazem parte de um processo vivido pelas mulheres/mães e seus filhos. Entretanto, como apontam os estudos (MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; BARBOSA, 1999; BIALOSKURSKI et al., 1999; GUARESHI, 2003, TRONCHIN, 2003), na unidade de internação neonatal entra um terceiro elemento que é toda a equipe de assistência, a qual pode interferir muito neste processo.

### **3.2. SER MÃE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL**

O relacionamento entre as mães e seus bebês deve promover bem-estar para ambos. Dentro do contexto da unidade de internação neonatal, entretanto, existe potencialmente a possibilidade desta relação vir a ser frustrante. Isso porque o papel materno idealizado e esperado pelas mães é completamente alterado quando estas são separadas de seus bebês e passam a ter que contar

com a equipe médica e de enfermagem para ter informações e auxílio na participação do cuidado dele.

Outro aspecto é que a unidade de internação neonatal é um ambiente complexo, estruturado principalmente para manter a sobrevivência dos RNs. O foco do cuidado é tecnológico e há a realização de muitos procedimentos. Os RNs são separados de seus pais e, freqüentemente, estes são excluídos deste contexto (MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; BIALOSKURSKI et al., 1999; McGRATH, 2001; FENWICK et al., 2001; GOMES, 2001; HURST, 2001).

Trata-se de um ambiente que está longe de ser tranquilo e acolhedor, com enfermeiros apressados e conversando, luzes, aparelhos, alarmes, equipe de saúde indo e vindo, pais e outras pessoas visitando os bebês internados. Os bebês, por sua vez, estão cercados por uma variedade de dispositivos tecnológicos, muitas vezes invasivos (MALDONADO, 1989; BIALOSKURSKI et al., 1999; LUPTON e FENWICK, 2001).

Tais dispositivos ficam em contato com a face e corpo dos RNs. Muitos apresentam tubos inseridos em suas narinas ou bocas e conectados a ventiladores mecânicos para garantir sua respiração, podem também apresentar sondas para alimentação. Os RNs podem ainda necessitar de tipos de acesso venoso assustadores para os pais (cateterização umbilical, por exemplo), estarem conectados a muitos aparelhos com valores e gráficos, bem como equipamentos para infusão de medicamentos. Alguns destes aparelhos emitem sinais luminosos e sonoros que podem indicar queda no estado dos RNs (BELLI, 1995; WERESZCZAK et al., 1997; BIALOSKURSKI et al., 1999; CUNHA, 2000; LUPTON e FENWICK, 2001). Portanto, tanto o ambiente quanto as condições e aparência dos bebês podem ser estranhos e assustadores para as mães e outros familiares.

Os prematuros são, geralmente, a maior população presente na unidade neonatal de internação e sua permanência no hospital é marcada por intubação prolongada, infecções recorrentes e dificuldades com alimentação e

instabilidade de seu estado de saúde. Devido a isso, os pais sentem-se freqüentemente inseguros quanto a problemas recorrentes, mesmo muito tempo depois da alta (MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; BIALOSKURSKI et al., 1999; McGRATH, 2001). O que também pode explicar o retardamento do apego que algumas mães apresentam, como estratégia de defesa, para prevenir excessiva dor, caso o neonato morra (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; BELLI, 1995; BIALOSKURSKI et al., 1999; CUNHA, 2000).

A medida que o estado de saúde do RN melhora e ele apresenta maior grau de desenvolvimento, é conectado cada vez a menos aparelhos e transferido dentro da unidade para áreas de cuidado menos complexo. O que é entendido pelas mães como um caminhar para a alta hospitalar (MALDONADO, 1989; LUPTON e FENWICK, 2001), entretanto a instabilidade no estado de saúde destes bebês é algo muito comum, o que leva ao retorno para etapas anteriormente vencidas.

A equipe de enfermagem mantém uma presença constante junto ao leito e interage com os pais em todas as visitas. Os enfermeiros atuam como aqueles que controlam a entrada, mediando a relação entre pais e filhos. Ao longo do período de internação as mães negociam com a equipe o cuidado de seus filhos e comprometem-se com as regras impostas pela equipe, mesmo que apenas inicialmente, com o objetivo de tomarem-se familiarizadas com o local, com as rotinas e cuidados especializados, sobre os quais se sentem desconhecedoras e assustadas (ZABIELSKI, 1994; BIALOSKURSKI et al., 1999; GOMES, 2001; HURST, 2001; LUPTON e FENWICK, 2001; McGRATH, 2001; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002).

Para BRAZELTON (1988), observar o trabalho de um profissional de enfermagem experiente cuidando de um bebê hospitalizado faz lembrar o relojoeiro em pleno trabalho: a delicadeza e a engenhosidade que é exigida neste cuidado dá para as mães a sensação incômoda do quão tênue é a situação de

seus filhos. Podem se questionar ainda se algum bebê poderia ser normal depois de estar em um local como aquele, depois de toda a manipulação e equipamentos necessários para a manutenção da vida.

As mães vivenciam altos níveis de estresse ao longo do período de internação, porque precisam arcar com RNs que demandam maior cuidado que outros, devido a prematuridade e/ou doença, o que pode causar grande desgaste no papel materno, já que sentem grande insegurança. O apego nesta situação pode ser realmente comprometido (MALDONADO, 1989; BIALOSKURSKI et al., 1999; SINGER et al., 1999; CUNHA, 2000; McGRATH, 2001; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002).

A experiência de dar à luz a um RN prematuro ou doente, que requer internação, foi algo que produziu vários sentimentos negativos nas mães como alienação, decepção, baixa auto-estima, tristeza, culpa, raiva, hostilidade, desespero e pesar (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; MILES et al., 1996; WERESZCZAK et al., 1999; SINGER et al., 1999; CUNHA, 2000; FENWICK, et al., 2001; LUPTON e FENWICK, 2001; SANTOS et al., 2001; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002). O que mais incomoda os pais (mães e pais), nesta situação, é estarem separados de seu filho, sentindo-se incapazes de ajudar, sem possibilidade de protegê-lo da dor e outros desconfortos (KLAUS e KENNEL, 1992; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002).

Além disso, existem desafios adicionais que podem afetar o funcionamento da família, incluindo o significado da doença do bebê, separação entre outros membros da família, outros filhos para cuidar, problemas de saúde materna, necessidade de grande suporte psicológico para a família e aumento de preocupações financeiras (BELLI, 1995; BEZERRA e FRAGA, 1996; BIALOSKURSKI et al., 1999; OLIVEIRA e COLLET, 1999; CUNHA, 2000; McGRATH, 2001; SANTOS et al., 2001).

Os relatos de mães de prematuros, em vários estudos (ZABIELSKI, 1994; BIALOSKURSKI et al., 1999; CUNHA, 2000; GOMES, 2001; HURST, 2001; LUPTON e FENWICK, 2001; McGRATH, 2001; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002), deixam claro que não estavam preparadas para desempenhar o papel materno devido ao nascimento antecipado. Além disso, vivenciaram situações nas quais não podiam ficar com seus bebês logo após o nascimento, não podiam segurá-los, não podiam amamentá-los ou cuidar de suas necessidades físicas. Assim, verifica-se que as condições para o apego e para o desempenho do papel materno vêm sendo altamente inapropriadas na unidade de internação neonatal.

Os estudos apontam também a dificuldade das mulheres de sentirem-se mães sob tais circunstâncias. O apego que elas imaginavam que viesse junto com o nascimento estava ausente, assim como a oportunidade de tocar e de interagir com seus filhos (MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; ZABIELSKI, 1994; HURST, 2001; LUPTON e FENWICK, 2001; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002).

A separação forçada dos bebês é particularmente difícil para as primigestas na construção de sua identidade materna. Mães experientes foram apontadas por elas como pessoas que ajudaram nestes momentos (ZABIELSKI, 1994; HURST, 2001; LUPTON e FENWICK, 2001; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002).

Quando as mães falam sobre os primeiros dias de internação dos RNs mencionam muito o que é “permitido” e o “não permitido” quanto a segurar os próprios filhos de determinadas maneiras (ZABIELSKI, 1994; HURST, 2001; LUPTON e FENWICK, 2001; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002). Os comentários da equipe de enfermagem ou suas ações fazem com que as mães fiquem cientes de que a unidade tem rotinas e regras que se espera que elas cumpram rigorosamente. Além disso, sentem-se constantemente supervisionadas pela equipe e que têm que ganhar permissão se desejarem tocar ou cuidar de seus filhos. As regras e a supervisão constantes contribuem para a existência do

sentimento de não estar sendo uma mãe “normal” como as outras (BARBOSA, 1999; MILES et al., 1999; LUPTON e FENWICK, 2001; GUARESHI, 2003).

Quando ZABIELSKI (1994) comparou os relatos de mães de prematuros e os de mães de RNs a termo quanto ao reconhecimento da identidade materna, verificou que o principal tema abordado pelas primeiras envolveu o contato com seus filhos, ao passo que para as outras foram os sentimentos em relação aos bebês. Uma vez que as mães de prematuros vivenciaram diferentes graus de separação de seus filhos ao longo da internação, enfatizaram este aspecto. O contato impossibilitado fez com que não se sentissem mães até efetivamente obterem-no. Os dois grupos de mãe apontaram que o reconhecimento da identidade materna envolve: ver o bebê, segurá-lo e interagir com ele (ZABIELSKI, 1994).

No estudo de ZABIELSKI (1994), a partir do momento em que as mulheres/mães passaram a estabelecer contato, interagir ou cuidar de seus filhos, ou acreditaram que seriam reconhecidas por eles, sentiram-se mães. Verificou-se que as mães de prematuros parecem ter vivenciado o processo de construção do papel e identidade maternos de forma similar às de bebês a termo, mas de uma maneira mais lenta. De acordo com este estudo, não foram constatadas diferenças entre os dois grupos de mães no que se refere à afeição em relação ao bebê, competência e satisfação no desempenho do papel materno, quando acompanhadas por um ano após o nascimento.

Ao longo do período de internação dos bebês, as mães vão se fortalecendo e com o passar do tempo, os sentimentos de distância e desapego dão lugar a uma urgente necessidade de reclamar pelo papel de mãe. Para tanto, usam de diversas estratégias. Uma das mais freqüentes é aprender, quanto mais elas puderem, sobre a condição médica de seu filho, sobre os equipamentos e terapia utilizados. Tais mães relatam que ser uma boa mãe é conhecer tudo sobre o filho. Assim, neste contexto da unidade de internação neonatal “conhecer uma criança” é um fenômeno altamente medicalizado. Assim sendo, muitas mães

demonstram-se desesperadas para adquirir tal conhecimento, o que fazem através de observação atenta, de perguntas para as equipes médicas e de enfermagem e através de outras mães (HURST, 2001; LUPTON e FENWICK, 2001; McGRATH, 2001).

Tal aquisição de informações, pelos menos parcialmente, substitui para as mães o conhecimento sobre o que uma criança quer e precisa; conhecimento este que outras mães adquirem no dia-a-dia através do cuidado diário de seus filhos (LUPTON e FENWICK, 2001).

Outra estratégia empregada por muitas mulheres para reclamar a maternidade é buscar interação física, o mais precoce possível, com seus bebês. A oportunidade de oferecer leite materno tem sido apontada por pesquisadores, e pelas próprias mães, como particularmente importante, uma vez que é uma prática materna que não pode ser substituída por outrem. Tais estratégias ajudam as mulheres a sentirem que estão estabelecendo uma relação materna com seus bebês (KLAUS e KENNEL, 1992; ZABIELSKI, 1994; HURST, 2001; LUPTON e FENWICK, 2001; McGRATH, 2001).

Ainda como tentativa de desempenhar o papel materno em uma situação de internação, várias mães ligam para a unidade repetidas vezes ao longo do dia quando ausentes, procurando informações sobre seus bebês. Isto também as ajuda a manter um senso de ligação com eles (LUPTON e FENWICK, 2001). O que nem sempre é bem interpretado pela equipe de enfermagem.

Quando os RNs estão estáveis o suficiente, as mães são encorajadas pela equipe de enfermagem a prestarem cuidados como trocar fraldas, dar banho e alimentar. Elas são também encorajadas a realizarem procedimentos simples como verificar temperatura, pesar e administrar medicamentos como vitaminas por via oral. Vários trabalhos apontam que o fato de estarem aptas a realizar cuidados contribui vastamente para a percepção das mulheres de estarem sendo mães, particularmente quando se trata de primeira vez (MALDONADO, 1989; KLAUS e

KENNEL, 1992; ZABIELSKI, 1994; BIALOSKURSKI et al., 1999; FENWICK et al., 2001; HURST, 2001; LUPTON e FENWICK, 2001; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002).

As mulheres/mães falam sobre a importância de estabelecer uma sensação de controle sobre o bem-estar de seus bebês e o quanto se tornar habilidosas no cuidado permite restabelecer este controle, uma vez que se sentem seguras e independentes, diminuindo o controle por parte da enfermagem (BRAZELTON, 1988; KLAUS e KENNEL, 1992; LUPTON e FENWICK, 2001; McGRATH, 2001; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002).

À medida que se estabelece um forte senso de competência no cuidado de seus bebês e conhecimento sobre suas condições, muitas mães passam a sentir que os conhecem tão bem quanto a equipe de enfermagem, ou até melhor, e que poderiam observar alterações em suas condições tão bem quanto enfermeiros. Inclusive, algumas passam a sugerir causas prováveis para desconfortos, propor intervenções e questionar determinados cuidados (LUPTON e FENWICK, 2001). Esta mudança de comportamento é apontada pelas autoras como sendo um processo mais fácil para mulheres que têm outros filhos e que se sentem mais confiantes como mães.

Entretanto, grande parte das mães teme ser rotuladas como “difíceis” pela equipe de enfermagem e, devido a isso, evitam fazer muitas perguntas ou solicitações. Outras ainda são muito tímidas para procurar informações e questionar condutas. Ou sentem que não têm este direito, porque acreditam que é papel da equipe médica e de enfermagem controlar os cuidados de seus filhos enquanto estiverem doentes e hospitalizados (LUPTON e FENWICK, 2001).

Todas as mães do estudo realizado por HURST (2001), independentemente de sua condição econômica ou educacional, vivenciaram necessidades de informação, de interação e de segurança emocional relacionadas a tornarem-se mães na unidade de internação neonatal. Referiram que aquilo que

mais realizaram ao longo da internação foi a negociação com os profissionais de saúde, a construção de relacionamentos com outras mães para obtenção de suporte emocional e a busca de apoio junto aos pais dos bebês, familiares e amigos.

A partir da literatura, verificou-se que as mulheres precisam passar por um árduo processo para estabelecer controle sobre a situação em que se encontram, vencer os sentimentos negativos e tornarem-se realmente mães dentro da unidade de internação neonatal. A identidade e papel maternos são construídos durante tal processo e para elas é substancialmente mais difícil atingir os ideais do bom desempenho materno. O contexto da unidade de internação neonatal faz com que tal desempenho seja ainda mais difícil em função dos conflitos entre os pontos de vista das mães e da equipe de enfermagem e o distanciamento imposto pela própria situação de hospitalização.

### **3.3. A INFLUÊNCIA DA ENFERMAGEM NO DESEMPENHO DO PAPEL MATERNO**

Na literatura norte-americana é descrito que, até 1930, a assistência de enfermagem à criança hospitalizada foi bastante voltada à prevenção de transmissão de infecção, levando ao isolamento rigoroso, o que afastou a mãe e outros familiares do envolvimento com a criança e com os profissionais. Verificase que ainda há vestígios desta prática atualmente, apesar de estudos que demonstraram as peculiaridades da hospitalização da criança e defenderam a necessidade da presença materna. Além disso, houve a publicação do Relatório Platt, em 1959, demonstrando a preocupação com o bem-estar da criança internada e busca de alternativas para adequação da assistência (IMORI et al., 1997; LIMA et al., 1999; OLIVEIRA e COLLET, 1999, LEITE, 2004).

A Sociedade de Pediatria de São Paulo, em 1988, com o objetivo de garantir o direito materno de permanência junto aos seus filhos durante a internação, lançou o Programa Mãe Participante, o qual recebeu apoio da

Sociedade Brasileira de Pediatria. As autoridades municipais, estaduais e federais, bem como as associações representativas de profissionais de saúde, tornaram-se grandes entusiastas e apoiadoras do Programa (BARBOSA, 1999). O grande salto qualitativo foi dado no Brasil quando, em 1990, foi aprovada a Lei 8069 de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e reafirma o direito do neonato e de sua mãe de estarem juntos, bem como a promoção do aleitamento materno. A permanência da mãe junto à criança é garantida pelo Artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente (IMORI et al., 1997; BARBOSA, 1999; LIMA et al., 1999; OLIVEIRA e COLLET, 1999, LEITE, 2004).

A literatura abordada até agora neste trabalho aponta a grande necessidade materna de contato com o seu filho, mas verificou-se também inúmeros trabalhos afirmando a enorme importância da presença materna para a criança (IMORI et al., 1997; FERREIRA et al., 1998; MONDARDO e VALENTINA, 1998; LIMA et al., 1999; OLIVEIRA e COLLET, 1999; SANTOS et al., 2001, LEITE, 2004) e principalmente para o RN (BRAZELTON, 1988; KLAUS e KENNEL, 1992; VIEIRA e ROSSI; 2000).

O desconhecimento destas questões durante anos fez com que a interação mãe-filho fosse desconsiderada na unidade neonatal, levando à criação de berçários com rotinas rígidas que preconizavam que o cuidado dos RNs era de única responsabilidade da equipe de saúde. Felizmente esta situação vem se modificando e as unidades estão mais receptivas à presença das mães, dos pais e outros familiares (KLAUS e KENNEL, 1992; OLIVEIRA et al., 1995).

Embora a equipe de enfermagem deva desempenhar um papel facilitador para o desempenho do papel materno na unidade de internação neonatal, os estudos apontam que muitas vezes os profissionais não assumem esta postura, julgam as mães, desconsideram seus conhecimentos e necessidades e impõem regras (BELLI, 1995; FERREIRA et al., 1998; OLIVEIRA e COLLET, 1999; LUPTON e FENWICK, 2001; GUARESHI, 2003).

Autores (OLIVEIRA e COLLET, 1999; LUPTON e FENWICK, 2001) apontam que a maioria dos enfermeiros tem expectativas rígidas sobre como as mães devem cuidar de seus bebês, sobre o que seria uma “boa mãe” e tempo ideal de permanência junto ao bebê. Os autores relatam ainda que aquelas que não se enquadram nos padrões pré-estabelecidos são rotuladas como “difíceis” ou “problemáticas”, o que anteriormente foi mencionado como sendo um receio materno. Não se pode desconsiderar que tal posicionamento dos profissionais pode ter implicações para as experiências maternas na unidade e para o significado que estas atribuirão às suas vivências como mães.

A amamentação, por exemplo, é um ponto crucial nesta discussão sobre a “boa mãe”. Segundo WINNICOTT (1999), amamentar é natural e provavelmente o que é natural tenha fundamentos positivos. Entretanto, há um número considerável de pessoas que se desenvolveu satisfatoriamente sem ter passado pela experiência da amamentação. Isto significa que existem outros meios de bebês experimentarem contato íntimo com suas mães. Os psicanalistas responsáveis pela teoria do desenvolvimento emocional causaram a evidência exagerada dada ao seio materno. Não estavam absolutamente errados, mas se constata que o “seio bom” virou sinônimo de maternidade satisfatória.

Falta aos profissionais de saúde olhar para as enormes variações dos padrões de respostas, em vez de tender a considerá-las sempre como doenças, segundo este autor. Entretanto, nesta discussão, a questão central deveria ter como foco o paciente e sua família e não as crenças e valores dos profissionais. Isto não significa desconsiderar o que acreditam os profissionais, mas desenvolver alguma estratégia que os auxiliasse a evitar a imposição de seus valores e crenças àqueles que assiste. Ou seja, uma estratégia que desenvolvesse nos profissionais a conscientização quanto às diferenças entre eles e as mães, bem como o respeito a tais diferenças.

As mães entendem que é preciso assumir o papel de “boas” e “agradáveis” construído pela equipe de enfermagem para adquirirem maiores

oportunidades de interação com os bebês e acesso às informações; o que significa obedecer às rotinas da unidade, ficar junto aos bebês o tempo considerado adequado pela equipe, controlarem seus temperamentos e evitar ênfase em questionamentos quanto às opiniões e diretrizes da equipe de enfermagem (LUPTON e FENWICK, 2001).

As mães relatam que o controle que a equipe exerce sobre suas interações com os filhos evoca raiva e frustração e que, além disso, reforça seus sentimentos de falta de controle sobre o cuidado de seu filho e desestabiliza sua preciosa e arduamente conquistada posição de mãe (LIMA et al., 1999; HURST, 2001; LUPTON e FENWICK, 2001; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002). No estudo de LUPTON e FENWICK (2001), em um depoimento, uma mãe desabafa: “As enfermeiras não consideram nossas vontades e expectativas. Eu acho que elas esqueceram que eu sou a mãe”.

Existe uma contradição na fala dos enfermeiros, pois, apesar de considerarem como boas mães as mulheres que ficam mais tempo na unidade e demonstram maior envolvimento com o bebê, existe evidência nos discursos de tais profissionais que limitam isso. Estes demonstraram que têm procurado desencorajar as mães a segurarem por muito tempo os seus filhos através de constantes orientações sobre como fazê-lo. Em muitos casos, os enfermeiros relataram que diretamente previnem os pais de que tocar o bebê pode incomodá-lo (LUPTON e FENWICK, 2001). Outros referem incômodo com a presença constante de mães cujos bebês estejam longe de ter alta hospitalar (OLIVEIRA e COLLET, 1999; BARBOSA, 1999; LUPTON e FENWICK, 2001).

BARBOSA (1999) detectou o desencontro entre o conhecimento, a atitude e a prática dos enfermeiros quanto à participação das mães na assistência ao RN. Isto ficou evidente porque, embora relatassem a importância desta participação, suas vantagens para a mãe e para o bebê, onde trabalhavam isto não ocorria. Segundo a autora, ainda hoje, apesar de todos os benefícios e de todo o movimento, não ocorreram grandes transformações. Em muitos hospitais

de São Paulo, a visita dos pais ainda continua restrita e controlada e a participação das mães é limitada.

Voltando-se à questão da percepção dos enfermeiros sobre as mães, as mulheres descritas como “quietas” e “introvertidas” são freqüentemente interpretadas como não interessadas pelos bebês. Além disso, aquelas que possuem valores diferentes dos considerados adequados pelos profissionais também são consideradas como de difícil relacionamento (LUPTON e FENWICK, 2001). Algumas mães podem ser consideradas horríveis ou inviáveis pelos profissionais de saúde apenas porque não ficam o tempo todo agindo como se estivessem pensando que deveriam estar tomando conta de seus bebês (WINNICOTT, 1999).

Verifica-se que estão presentes muitos julgamentos no discurso de enfermeiros sobre as mães. Estes julgamentos impedem que a equipe as conheça melhor e estabeleça com elas uma relação terapêutica, impossibilitando, assim, uma assistência que englobe mãe e filho. De acordo com GUARESHI (2003), a relação terapêutica resulta da habilidade do profissional na utilização de seus conhecimentos para ajudar as pessoas com tensão temporária a conviver com outras pessoas e se ajustar ao que não pode ser mudado, bem como superar os bloqueios à auto-realização, para enfrentar os seus problemas.

Outro posicionamento intrigante tomado pelos enfermeiros, segundo a literatura consultada, é que quando as mulheres/mães procuram ver seus filhos como “normais”, dentro do contexto da hospitalização, muitos profissionais, em resposta, resistem a este processo. Tal resistência se dá através da tentativa de restabelecer a imagem dos bebês como diferentes, devido a prematuridade ou doença, e das mães como necessitando de contínua orientação e supervisão durante os cuidados até o momento da alta (LUPTON e FENWICK, 2001; McGRATH, 2001).

Os enfermeiros consideram-se “protetores” dos bebês, em oposição a suas mães, as quais buscam, segundo eles, excessivo ou inapropriado contato. Desconsiderando o processo de aquisição de conhecimento, confiança e competência que muitas mães adquiriram no cuidado de seus filhos (ou que buscam adquirir), os enfermeiros tendem a continuar tratando-as como se não tivessem passado por tal processo, como passivas receptoras de informações e não como parceiras no cuidado (BARBOSA, 1999; LUPTON e FENWICK, 2001; McGRATH, 2001; GUARESHI, 2003; TRONCHIN, 2003). Infelizmente, pode-se considerar que esta é uma postura comum por parte de muitos enfermeiros, independente de sua área de atuação. Postura essa em que se consideram detentores de todo o conhecimento e desconsideram o conhecimento prévio e o adquirido das pessoas que assistem.

A tarefa mais difícil, segundo KITZINGER (1978) e WINNICOTT (1999), quando se fala sobre cuidados com RNs é saber como não perturbar aquilo que as mães já sabem, enquanto se dá informações úteis advindas da pesquisa científica. De acordo com estes autores, elas devem se sentir confiantes quanto às suas capacidades como mães e não pensar que por não saberem tudo sobre vitaminas, por exemplo, não são capazes de ser boas mães.

Os desencontros entre a visão que as mães possuem e a da equipe de enfermagem quanto ao papel materno impedem que as últimas atendam suas próprias necessidades. As mães relatam que seus esforços para adquirir uma relação gratificante e significativa com seus filhos foram freqüentemente mal interpretados ou não reconhecidos pela equipe de enfermagem. Ou ainda, resultaram em uma disputa pelo controle e foram vistos como interferência nas atividades da enfermagem (HURST, 2001). WINNICOTT (1999) lamenta esta incapacidade da equipe de perceber os esforços maternos em se adaptar às necessidades dos filhos.

Ao mesmo tempo em que as mães se sentem gratas à equipe de enfermagem pelo cuidado que estão prestando aos seus filhos, sentem ciúmes e

ressentimento por serem substituídas na função que consideram sua, o que leva algumas a agir com hostilidade. A equipe, por sua vez, pode ser de grande apoio permitindo que reajam dentro de seu ritmo emocional, aceitando as mães, sem criticá-las ou julgá-las (BARBOSA, 1999). O que parece ainda uma meta a ser cumprida na realidade hospitalar.

Concorda-se com HURST (2001) quando afirma que se os enfermeiros não forem capazes de apreciar, reconhecer e compreender as situações vivenciadas pela mãe bem como o significado de suas ações, conseqüentemente, eles e as mães estarão trabalhando em sentidos opostos.

Estudos apontam uma questão norteadora para a assistência de enfermagem ao relatarem que as mães sentem-se seguras quando a equipe busca tempo para conversar com elas, quando recebem informação suficiente e quando têm um senso de comunidade com outras mães e com seus parceiros (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KENNEL e KLAUS, 1992; BARBOSA, 1999; FRAGA, 2002; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002; GUARESHI, 2003; TRONCHIN, 2003). Nestas ocasiões, as mães vivenciaram o cuidado, tiveram sensação de controle e participaram em conjunto com outros. O que denota a grande necessidade de proximidade e empatia, por parte dos enfermeiros e suas equipes, para acolher as mulheres/mães nesta situação tão especial (SANTOS et al., 2001; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002).

Os enfermeiros na unidade de internação neonatal são apontados como facilitadores destas relações e como fonte de apoio para auxiliar mães e outros familiares a lidar com a hospitalização dos RNs (MILES et al., 1996). Muitos outros estudos enfatizam a importância de proximidade nas relações e comunicação entre os pais e a equipe de enfermagem (MALDONADO, 1989; KENNEL e KLAUS, 1992; ZABIELSKI, 1994; FERREIRA et al., 1998; BARBOSA, 1999; BIALOSKURSKI et al., 1999; VIEIRA e ROSSI, 2000; FENWICK et al., 2001; HURST, 2001; LUPTON e FENWICK, 2001; NYSTRÖM e AXELSSOM, 2002; ROSSEL, et al., 2002; GUARESHI, 2003; TRONCHIN, 2003).

A família, independente da faixa etária do paciente, deve ser avaliada como unidade de cuidado, em todos os contextos da assistência, o que vai além de orientar e esperar a colaboração da família no desempenho de ações em prol do paciente, mas tomá-la como perspectiva. O que significa considerá-la como aliada na manutenção e promoção da saúde, sendo isto determinado por sua vivência. Entretanto, enxergar a família desta forma é um desafio em um contexto em que o cuidado está orientado para atender às necessidades do paciente, excluindo-o de seu contexto familiar (OLIVEIRA e COLLET, 1999; ÂNGELO, 2000; BOUSSO e ANGELO, 2001; McGRATH, 2001; SANTOS et al., 2001; FRAGA, 2002; COLLET e ROCHA, 2004).

Assim, apesar do advento das filosofias do cuidado centrado na família e políticas institucionais, os relacionamentos e intervenções com familiares ao lado do leito não têm mudado tanto, especialmente em locais de cuidados críticos. A erosão das relações terapêuticas está relacionada em parte à explosão tecnológica, à especialização e à resultante fragmentação e desumanização dos serviços de saúde. Muitas unidades neonatais têm protocolos para práticas de cuidados que parecem saudar a presença e participação de familiares, mas isso ainda não se refletiu na avaliação e satisfação de suas necessidades. Os pais ainda são vistos como intrusos no ambiente altamente técnico, uma visão construída historicamente que não facilita o envolvimento da família e seu suporte (McGRATH, 2001).

GUARESHI (2003) refere que com frequência a relação estabelecida pela equipe de enfermagem está longe de ser humanizada. A autora constatou que os profissionais, algumas vezes, nem sinalizam que perceberam a presença dos pais na sala, enquanto estes últimos olham fixamente para os profissionais, o que demonstra a necessidade de serem notados. Outras vezes lançam rápidos olhares para os pais e quando solicitados priorizam outras coisas.

Só a família pode dar um lugar de existência para os bebês, o que é essencial para que haja desenvolvimento (BOUSSO e ANGELO, 2001; GOMES,

2001) Assim, é importante que a equipe de enfermagem possa, aos poucos, ocupar um lugar cada vez mais de apoio junto às mães e seus bebês ao longo da internação (GOMES, 2001), permitindo que as mães assumam seu papel.

### **3.3.1. Propostas de uma assistência de enfermagem voltada às necessidades maternas**

Um dos grandes desafios para enfermeiros neonatais é a promoção de cuidado que dê suporte às necessidades maternas, além das necessidades do neonato. Para enfrentar tal desafio, os enfermeiros precisam entender as percepções maternas, suas expectativas e necessidades. Modelos de cuidados que dão ênfase às necessidades maternas, dos RNs e de seus familiares podem enriquecer tanto às famílias quanto aos enfermeiros e suas equipes (BELLI, 1995; COYNE, 1995; BEZERRA e FRAGA, 1996; FERREIRA et al., 1998; BARBOSA, 1999; HURST, 2001; TRONCHIN, 2003).

Uma das ações terapêuticas seria que os profissionais de saúde afirmassem para as mães (e para o pai também) que seus sentimentos de inadequação na hospitalização são normais e esperados, reforçando que com o tempo se sentirão aptos para assumir o cuidado do bebê (BRAZELTON, 1988; KLAUS e KENNEL, 1992; McGRATH, 2001).

Os enfermeiros deveriam também avaliar o conforto da família na unidade, no ambiente. Um ambiente acolhedor no qual os pais pudessem entrar livremente e ficar por um longo período é algo significativo para dar apoio a eles, principalmente logo após a internação, que é um momento de crise intensa (KLAUS e KENNEL, 1992; McGRATH, 2001; FRAGA, 2002; GUARESHI, 2003).

Em conjunto com um ambiente agradável e informações sobre o bebê, os enfermeiros deveriam oferecer informações sobre serviços disponíveis de suporte à família (McGRATH, 2001).

Outro aspecto importante é que a equipe de enfermagem ajude as mulheres/mães a verem as características humanas de seus filhos. Apontar os comportamentos dos bebês, em vez dos dispositivos utilizados no tratamento, pode fazer com que elas se sintam mais tranquilas (BRAZELTON, 1988, KENNEL e KLAUS, 1992; McGRATH, 2001).

A linguagem usada pelos profissionais de saúde pode ser de difícil compreensão para as mães e elas dependem muitas vezes da equipe de enfermagem para interpretar tudo que existe ao seu redor na unidade. Assim, é importante fornecer o máximo de informação e estar ciente de que pode ser necessário que sejam repetidas inúmeras vezes até que sejam assimiladas pelas mães. Tais informações precisam ser dadas de forma consistente e no momento apropriado, caso contrário, as mães passam a desconfiar da equipe e podem sentir-se inseguras quanto ao tratamento recebido pelos filhos (BRAZELTON, 1988; KLAUS e KENNEL, 1992; BARBOSA, 1999; McGRATH, 2001; GUARESHI, 2003, TRONCHIN, 2003).

A hospitalização prolongada pode tornar as relações difíceis entre profissionais e mães/famílias. Faz-se importante considerar que a equipe de saúde entra em cena quando o bebê está doente, mas as mães e as famílias são importantes o tempo todo, uma vez que são constantes em suas vidas, independentemente de doença ou não. Logo, assisti-los para que tenham um resultado positivo na unidade deve ser prioritário (BARBOSA, 1999; McGRATH, 2001; TRONCHIN, 2003). O mais importante para a equipe aprender é não interferir desnecessariamente nos mecanismos delicados que se revelam nas relações entre mães e filhos e aprender também com as mães, em vez de tentar ensiná-las o tempo todo (KITZINGER, 1978; WINNICOTT, 1999).

As mulheres/mães não devem se sentir constrangidas exatamente quando passam a agir naturalmente, no momento em que sentem se os seus bebês devem ser tocados ou não, mudados de posição ou não. Não se deve interferir neste momento, pois o contato sem atividade é que cria as condições

necessárias para que se manifeste o sentimento de unidade entre duas pessoas, que de fato são duas e não uma. Nem tudo pode ser aprendido rapidamente, deve-se levar em conta que o mais complexo só se manifesta a partir do mais simples. O interesse não deve ser apenas em dizer o que as mães devem fazer, mas falar-lhes sobre o que fazem bem (KITZINGER, 1978; WINNICOTT, 1999).

As mães são diferentes, assim, no mundo há lugar para todos os tipos de mães, sendo que algumas farão bem um tipo de coisa, outras terão sucesso em outro tipo, assim como algumas se saem mal em uma determinada coisa e outras em outro tipo. O que acontece é que muitos profissionais de saúde não conseguem lidar com as diversidades das mães e tentam interferir nos relacionamentos mãe-filho de forma que podem causar danos (MALDONADO, 1989; WINNICOTT, 1999).

As mães normalmente já se culpam por tudo, como mostra a literatura (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; WINNICOTT, 1999; TRONCHIN, 2003). Assim, faz-se necessário o aprendizado da equipe de saúde quanto a olhar a situação sem atribuir culpa, apontando os aspectos que possam ser lidados de outra forma (WINNICOTT, 1999). As dificuldades de adaptação das mães às necessidades dos bebês são absolutamente normais (KITZINGER, 1978; MALDONADO, 1989; WINNICOTT, 1999), principalmente em situações de hospitalização dos mesmos.

O processo todo do nascimento do bebê rompe tantos mecanismos de controle da mulher, que há necessidade máxima de receber consideração, incentivo e familiaridade por parte daqueles que a assistem. Do mesmo modo, uma criança precisa de uma mãe através da qual possa ver e assimilar cada uma das novas e importantes experiências com as quais se depara ao longo de seu desenvolvimento (WINNICOTT, 1999).

Deve-se considerar que as mães já foram bebês, uma experiência que está localizada em alguma parte do seu ser, onde se encontra o conglomerado de

experiências no qual elas mesmas partiram de uma situação de total dependência e adquiriram autonomia aos poucos. Além disso, “brincaram” de ser bebês, de ser pais e mães, regrediram a um comportamento de bebê quando adoeceram e talvez tenham observado suas mães cuidando de seus irmãos. O que se quer dizer é que podem ter aprendido a cuidar de bebês, talvez tenham lido livros, formado suas próprias idéias a respeito da forma correta ou errada de lidar com eles (KITZINGER, 1978; WINNICOTT, 1999). Obviamente o que a situação de internação e a equipe de saúde lhes impõem afetam-nas profundamente e elas podem reagir ou sujeitarem-se, ou ainda buscar os seus próprios caminhos, como pessoas independentes e pioneiras (WINNICOTT, 1999).

É importante, segundo WINNICOTT (1999), aprender a observar as mães e os seus bebês para identificar suas necessidades. O que acontece é que talvez haja um confronto entre o desamparo do bebê e o desamparo daquele que cuida dele (BARBOSA, 1999). O que se desconsidera com freqüência é a enorme capacidade que os bebês têm de continuar a viver e de desenvolver-se, assim como a capacidade das mães de enfrentar dificuldades, sofrimento e de cuidar.

A resposta das mulheres ao nascimento de bebês que requerem internação é algo que está intensamente relacionado a fatores previamente existentes em suas histórias. Entretanto, as práticas hospitalares e a equipe de saúde podem exercer influência positiva ou negativa neste acontecimento, dependendo de sua abordagem.

A superação de problemas pode ser uma grande força para a formação do vínculo entre mães e filhos. O trabalho que as mulheres/mães pode ter pela frente será mais tranquilo ou menos em função do fortalecimento dos laços familiares. Este fortalecimento se dá através do enfrentamento das dificuldades de forma compartilhada. Neste processo as mulheres/mães têm a oportunidade de aprender muito sobre os filhos e sobre si mesmas, o que lhes ajudará a enfrentar os períodos de dificuldades que certamente virão, uma vez que o progresso

destes bebês não é fácil, muito menos imediato (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989).

Quando investem na recuperação dos bebês sentem-se responsáveis por ela, o que pode ser estímulo para seguir em frente. Por outro lado, se as mulheres/mães forem abandonadas com sua culpa e seus sentimentos negativos, é muito mais difícil que sintam orgulho do sucesso do bebê. Encorajar as mães a participar dos cuidados não só as ajuda a vencer sua tristeza como reforça os sentimentos de competência (BRAZELTON, 1988).

Não se pode negar que o tipo de assistência que se oferece aos pais é geralmente feito para os fortes e para a classe média, de acordo com BRAZELTON (1988) e GUARESHI (2003). Ou seja, é sempre esperado deles que vençam com tranqüilidade e equilíbrio todas as dificuldades enfrentadas, bem como tenham todas as condições emocionais e financeiras de seguir as orientações que lhes são oferecidas.

As atitudes desaprovadoras da equipe de saúde em relação a qualquer coisa que saia do convencional implicitamente condenam aqueles que são menos fortes e menos favorecidos pelas circunstâncias. A literatura aponta o quanto os profissionais de saúde são eficientes em identificar e rotular todas as falhas e todas as fraquezas e em demonstrar sua desaprovação. O que resulta em uma maior consciência dos pais quanto à sua fraqueza, pobreza ou fracasso. E estes últimos tendem, curiosamente, a viver de acordo com essas imagens. A menos que sejam muito determinados e fortes para encarar os olhares acusadores. Assim, tal sistema falha na questão de realmente alcançar aqueles que mais necessitam de ajuda (BRAZELTON, 1988; GUARESHI, 2003).

Parece haver dificuldade por parte da equipe de enfermagem em ver as mulheres/mães como parte integrante do cuidado. Cumprir a lei permitindo a presença das mães ou acostumar-se a elas não significa que se esteja cuidando delas e da família. Mesmo quando as mães são objeto de atenção, elas raramente

são contempladas pelo processo de cuidar, sendo consideradas apenas como um recurso em benefício dos filhos (GUARESHI, 2003).

Deve-se buscar garantir que as mulheres/mães tenham acesso a uma rede de apoio social em situações como estas. SLUZKI (1997) define “rede social” como a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas, diferenciadas da massa anônima da sociedade. Esta rede facilita a busca de bem-estar, competência, hábitos de cuidado de saúde e capacidade para adaptação frente a uma crise. Podem ser incluídos na rede de apoio a família, a comunidade e as instituições que oferecem assistência, acesso a informações e ações educativas, ajuda material e/ou econômica.

### **3.4. O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

A observação de eventos com o propósito de formular opiniões e ações de enfermagem já era algo discutido por Florence Nightingale, a qual defendia a importância da observação para a prática de enfermagem. Na sua opinião, a lição prática mais importante que se podia dar a enfermeiros seria ensiná-los o que observar, como observar, quais sintomas indicam melhora ou piora, o que tinha importância ou não, quais eram evidências de descuido e que tipo de descuido. Este tema tão significativo passou a ser abordado de uma maneira nova e formal com o advento dos diagnósticos de enfermagem (DEs) (MUNNS, 1985).

Diagnóstico é um estudo cuidadoso e crítico de algo para conhecer sua natureza. Muitos profissionais, além de médicos, elaboram diagnósticos. Por exemplo, um professor pode fazer um diagnóstico quanto à dificuldade de aprendizado de um aluno, assim como um mecânico sobre o funcionamento de um carro (CARPENITO, 2002).

O diagnóstico é uma das etapas do processo de enfermagem, sendo este último considerado a base da assistência e constituído por cinco fases seqüenciais e inter-relacionadas: observação e coleta de dados (histórico);

diagnóstico; planejamento dos cuidados; implementação da assistência e avaliação dos resultados (evolução ou avaliação final) (AVANT, 1979; IYER et al., 1993; SMELTZER e BARE, 1994; CRUZ, 2001).

Já se falava de processo de enfermagem desde meados da década de 50, sendo que ao longo dos anos foram sendo acrescentadas fases e ele passou a ser legitimado como o marco teórico da prática de enfermagem. Assim, foi incorporado à estrutura teórica da maioria dos currículos de enfermagem e incluído na definição de enfermagem da maioria dos estatutos para exercício profissional. Foi na década de 70 que o DE foi incluído como uma fase do processo de enfermagem, o que resultou nas cinco fases atuais. Tais fases constituem a sua organização. Quanto ao propósito, o processo de enfermagem visa oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas do cliente, da família e da comunidade possam ser satisfeitas (IYER et al., 1993).

O DE pode ser definido como uma fase do processo de enfermagem, como um julgamento clínico ou como um termo padronizado que expressa a conclusão desse julgamento clínico. O julgamento clínico é um processo cognitivo através do qual se faz inferências sobre dados obtidos sobre o paciente, focalizando as respostas apresentadas por ele e, não doenças ou síndromes, desencadeadas por problemas de saúde ou por processos de vida. O DE enquanto julgamento clínico não se trata de uma novidade. O que se reveste de certa novidade é a iniciativa de se construir um sistema de linguagem para ser compartilhado pelos profissionais, utilizando-se termos que expressem a situação que requer intervenção de enfermagem (CRUZ, 1992; CRUZ, 2001).

Padronizar os termos diagnósticos significa buscar um acordo sobre que nomes ou títulos são atribuídos às situações que são foco de cuidados da enfermagem. Este procedimento recebe muitas críticas com o argumento de que favorece um certo reducionismo. É fato que quando se nomeia algo sempre ocorre o reducionismo porque é difícil abranger o “todo simultâneo” daquilo que se analisa. Por outro lado, o reducionismo pode ser avaliado sob duas perspectivas.

A primeira delas trata do aspecto negativo, considerando-se que o reducionismo pode fazer com que haja um empobrecimento de forma a perder as características fundamentais de um fenômeno. A outra está relacionada ao que se busca com os DEs, que é estabelecer uma simplificação útil que depreende o que é mais importante no fenômeno (CRUZ, 2001). O importante, segundo CRUZ (2001), é que o diagnóstico existe com ou sem uma linguagem padronizada.

Outro ponto é que os DEs não são um fim em si, mas norteadores para a seleção de cuidados mais específicos para as situações clínicas (CRUZ, 2001).

Desde quando os esforços para a padronização da linguagem foram iniciados, no final da década de 60 e início da de 70, muitas definições foram propostas para DE, segundo CRUZ (2001), em busca de uma que englobasse os vários aspectos deste. Assim, de acordo com a definição aprovada na nona Conferência da NANDA, em 1990, o DE é “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável” (NANDA, 2002, p.271).

Cada diagnóstico é composto por título e definição, características definidoras (CDs) e fatores relacionados. As CDs são sinais ou sintomas observáveis ou comunicáveis que representam a presença do diagnóstico. Os fatores relacionados são exemplos de fatores etiológicos relacionados ao tratamento, situacionais e maturacionais que podem causar ou influenciar a mudança no estado de saúde ou contribuir para o desenvolvimento de um problema (DOBRZYN, 1995; CRUZ, 2001; CARPENITO, 2002).

No Brasil, de acordo com CRUZ (2001), pouco se encontra na literatura sobre DE até o final da década de 80, exceto os trabalhos de Wanda Horta. A qual, segundo GUALDA (2001), deve ser mencionada como uma enfermeira admirada e respeitada cuja a trajetória foi importante para a enfermagem

brasileira. Sua produção científica demonstra o grande interesse sobre as bases teórico-filosóficas da enfermagem e a busca da construção de um sistema unificado do saber científico da enfermagem. Foram trinta anos de estudos e reflexões que levaram Wanda Horta a propor uma metodologia como guia ao desenvolvimento do processo de cuidar. Horta buscava a construção de um saber baseado em princípios científicos, o que se desenvolveu em consonância com as reflexões da enfermagem internacional, principalmente a norte-americana. Assim, a teoria de enfermagem de Wanda Horta foi desenvolvida no final da década de 70 a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow. Sob tal perspectiva, as necessidades básicas são organizadas de forma hierárquica, considerando as necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual (GUALDA, 2001).

Considerando a teoria de Horta, o foco seria a prevenção da doença através do atendimento das necessidades das pessoas. Quando algumas dessas necessidades não eram preenchidas ou a pessoa estava incapacitada para fazê-lo, havia a necessidade de enfermagem. Porém, devia tratar-se de uma atuação diferente do modelo biomédico, considerando o cliente em termos de níveis de necessidade. Assim, esta abordagem tinha como características a focalização nos problemas, nas atribuições das enfermeiras e em sua atuação independente, bem como a afirmação da competência dos enfermeiros para julgar e tomar decisões no processo de enfermagem (GUALDA, 2001).

Voltando-se à questão da produção científica, CRUZ já apontava em 1992 que identificar um perfil das pesquisas brasileiras quanto aos DEs era uma tarefa impossível, visto que as publicações em periódicos nacionais eram numericamente inexpressivas. Em função disto, CRUZ (1992) enfatiza a necessidade de não limitar as divulgações dos estudos sobre DEs a relatórios de pesquisa de pós-graduação e apresentações orais em eventos e anais, que muitas vezes não são editados. Pois, como ela esclarece, a falta de divulgação e conseqüente impossibilidade de acesso aos trabalhos compromete a identificação das lacunas, dos posicionamentos divergentes e de todos os aspectos que podem

contribuir para o desenvolvimento consistente dos DEs entre os enfermeiros brasileiros.

#### **3.4.1. A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)**

O trabalho da NANDA vem sendo o de direcionar a padronização da linguagem dos DEs (CRUZ, 2001).

O termo DE foi utilizado pela primeira vez nos anos 50 e, em 1960, introduzido no currículo de algumas escolas de enfermagem através de um sistema de classificação utilizado para identificar 21 problemas clínicos do paciente. Nos anos 70, vários pesquisadores da enfermagem reconheceram a necessidade de desenvolver uma terminologia que desse conta de descrever os problemas de saúde diagnosticados e tratados por enfermeiros. Em 1973 ocorreu a “First Nacional Conference on the Classification of Nursing Diagnoses” – Primeira Conferência Nacional sobre a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem – em St. Louis, Estados Unidos. Assim, o grupo, composto por um número restrito de enfermeiros assistenciais, educadores, pesquisadores e teóricos, começou a elaborar os DEs e publicou uma lista experimental, o que desencadeou a continuação da elaboração e aprimoramento dos DEs (MUNNS, 1985; VICENT, 1985; GORDON, 1987; IYER et al., 1993; OLIVEIRA, 2001; CARPENITO, 2002). Em 1982, na V Conferência, as reuniões passaram a ser abertas à comunidade e o grupo passou a ser a NANDA (OLIVEIRA, 2001).

Os primeiros diagnósticos foram descritos com base principalmente nas lembranças dos enfermeiros sobre a sintomatologia apresentada pelos clientes para determinados problemas de saúde. Portanto, os processos de validação ocorrem para legitimá-los, tornando-os precisos e representativos da condição apresentada pelo indivíduo (OLIVEIRA, 2001).

Também em 1973, a Associação Americana de Enfermeiros (ANA) legitimou o uso de DEs e, gradativamente, houve a transformação do mesmo

como um direito legal e uma obrigação profissional do enfermeiro. Durante as décadas de 70 e 80 a literatura de enfermagem e as pesquisas buscaram explicar o conceito de DE e deram o apoio que culminou em sua inclusão no processo de enfermagem (IYER et al., 1993; OLIVEIRA, 2001; CARPENITO, 2002). Até os anos 60 e início dos 70, o termo era considerado de uso exclusivo dos médicos (OLIVEIRA, 2001).

Desde a primeira Conferência, em 1973, foi discutida a necessidade de decidir sobre um princípio de classificação que estruturasse a ordenação dos diagnósticos. Após várias propostas para a estrutura, no final da década de 80 foi definido o uso dos Padrões de Respostas Humanas para tal fim. Através destes padrões, os teóricos procuraram identificar quais propriedades poderiam ser compartilhadas por conjuntos de diagnósticos, estudando diagnóstico por diagnóstico. Posteriormente, este trabalho foi realizado por comitês específicos da NANDA (CRUZ, 2001; OLIVEIRA, 2001). A Taxonomia I substituiu a lista de diagnósticos, ordenados alfabeticamente, considerada de difícil manuseio (OLIVEIRA, 2001).

Cada Padrão de Resposta Humana (trocar, comunicar, mover, conhecer, sentir, perceber, valorar, relacionar e escolher) é uma abstração que busca expressar de forma sintética a que determinadas respostas estão inter-relacionadas. O uso da palavra “padrão” pode levar à idéia de um modelo a ser seguido ou alcançado pelo cliente, mas não o é, e sim a classificação de manifestações humanas. Estes padrões regeram a estrutura para a classificação da NANDA, denominada Taxonomia I, até o início de 2001, quando foi publicada uma nova estrutura denominada Taxonomia II. A proposta e publicação desta última foram resultado da anterior apresentar limitações na abrangência, o que dificultava a classificação de novos diagnósticos que vinham sendo aceitos (CRUZ, 2001).

Com a permissão de Gordon, a NANDA modificou a estrutura dos Padrões Funcionais de Saúde, propostos por esta autora para coletar e interpretar

dados do paciente/família, e elaborou uma nova estrutura de classificação através deles. Na Conferência realizada em 1998, os membros da NANDA foram convidados a distribuir os diagnósticos já aceitos nesta nova estrutura e, com suas dificuldades, sugestões e comentários, o Comitê de Taxonomia fez modificações adicionais à estrutura. Ao final deste processo, a Taxonomia II, estrutura aceita para substituir a anterior (Taxonomia I), continha domínios e classes (CRUZ, 2001).

A Taxonomia II, publicada em 2001, tem 13 domínios (nutrição, promoção da saúde, eliminação, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, relacionamentos de papel, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança/proteção, crescimento/desenvolvimento e conforto), 106 classes e 155 diagnósticos (NANDA, 2002).

Nesta estrutura, cada domínio tem uma ou mais classes, cada classe tem um ou mais conceitos diagnósticos e sob tais conceitos estão os diagnósticos aceitos (NANDA, 2002).

Por exemplo, o DE abordado neste estudo, “conflito no desempenho do papel de mãe”, pertence ao domínio “Relacionamentos de papel”, o qual tem três classes: “Papéis do cuidador”; “Relações Familiares” e “Desempenho de Papel”. Esta última classe contém os conceitos diagnósticos “amamentação”, “interação social” e “desempenho de papel”. O DE em questão é englobado pelo último conceito (NANDA, 2002). O que é melhor visualizado consultando-se o quadro abaixo:

Quadro 1. Domínio “Relacionamento de papel”, segundo a Taxonomia II da NANDA (2002)

	CLASSE	CONCEITO DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO
<b>Relacionamento de papel</b>	<u>Papéis do cuidador</u>	Tensão devida ao papel de cuidador	Tensão devida ao papel de cuidador
			Risco para tensão devida ao papel de cuidador
		Paternidade/Maternidade	Paternidade ou maternidade prejudicada
			Risco para paternidade ou maternidade prejudicada
	<u>Relações familiares</u>	Processos familiares	Processos familiares interrompidos
			Processos familiares disfuncionais: alcoolismo
		Vínculo	Risco para vínculo pais/filho prejudicado
	<u>Desempenho de papel</u>	Amamentação	Amamentação eficaz
			Amamentação ineficaz
			Amamentação interrompida
<i>Desempenho de papel</i>		Desempenho de papel ineficaz	
		<i>Conflito no desempenho do papel de pai/mãe</i>	
Interação social	Interação social prejudicada		

A vantagem da Taxonomia II é que aumentou substancialmente a flexibilidade da nomenclatura, permitindo realizar mais facilmente acréscimos e modificações (NANDA, 2002).

Os DEs contidos nesta Taxonomia têm sido submetidos a processos de validação principalmente nos Estados Unidos e no Canadá. Além disso, a NANDA tem a missão de colaborar com o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), que, reunindo todas as classificações existentes (cerca de 23, contando-se com a NANDA) propôs a todos os representantes de associações de enfermeiros do mundo a construção de um grande projeto mundial: a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE). No Brasil, este projeto foi denominado Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) por ter sido entendido pelos enfermeiros brasileiros e latino-americanos que era necessária denominação que contemplasse também a prática de enfermagem desenvolvida no contexto extra-hospitalar (OLIVEIRA, 2001).

A primeira participação do Brasil no movimento de elaboração de DEs ocorreu a partir da VIII Conferência da NANDA, em 1988 (OLIVEIRA, 2001).

A aceitação de um DE pela NANDA não significa necessariamente que seu conteúdo foi validado, mas sim que o diagnóstico foi considerado apropriado para teste e estudo. Por esta razão, há uma lacuna entre os diagnósticos da classificação e sua aplicação em situações clínicas (SPARKS e LIEN-GIESCHEN, 1994; CARPENITO, 2002).

### **3.4.2. Os diagnósticos de enfermagem na unidade de internação neonatal**

O uso dos conceitos diagnósticos na UTI neonatal ainda está no topo das prioridades para enfermeiros assistenciais e pesquisadores, sendo que a importância deste esforço não tem sido suficientemente refletida na literatura publicada, a qual ainda se mostra escassa (JENSEN, 1990; HENRIKSON et al., 1992; CARRÍON et al., 1997; VIEIRA e ROSSI, 2000; MOREIRA, 2001). Sendo

assim, aumentou-se o interesse na realização deste estudo sobre validação de conteúdo das CDs do diagnóstico “conflito no desempenho de papel de mãe”, sob uma perspectiva neonatal, de forma a subsidiar, posteriormente, a sua validação clínica.

O DE é apontado em muitos estudos como a fase mais controversa do processo de enfermagem e que a realização de pesquisas no sentido de melhor demonstrar seu uso na prática é importante para o crescimento da enfermagem enquanto ciência, melhorando conseqüentemente a assistência (AVANT, 1979; STEVENS, 1988; HENRIKSON et al., 1992; DOBRZYN, 1995; CARRION et al 1997; CLARK et al., 2000).

O uso de DEs, com a incorporação dos mesmos ao plano de cuidados, beneficia os clientes devido ao direcionamento das intervenções, principalmente quando é voltado para um que respeite as diversidades das pessoas, o que é um desafio para a enfermagem, uma vez que a sua assistência ainda está muito contaminada pelo modelo mecanicista e voltada para as tarefas e horários. Os DEs são resultado do desenvolvimento de uma linguagem clínica padronizada e estruturada para a enfermagem, que possibilita documentar uma prática de assistência independente, embasada cientificamente (AVANT, 1979; STEVENS, 1988; HENRIKSON et al., 1992; DOBRZYN, 1995; CARRION et al., 1997; GARCIA, 1998; CLARK et al., 2000; MOREIRA, 2001; CARPENITO, 2002).

Além disso, de acordo com CARPENITO (2002), outro desafio é a realização de estudos que façam com que os DEs progridam através da identificação, definição e validação de seus conceitos empiricamente.

CARRIÓN et al (1997) aponta que os enfermeiros neonatais têm considerado um desafio adaptar os problemas encontrados em unidades neonatais de internação aos diagnósticos correspondentes da lista da NANDA

para sua validação. Isto porque, segundo JENSEN (1990), estão muito presos ao modelo biomédico de assistência e às prescrições médicas.

Alguns enfermeiros defendem que o uso de diagnósticos não é operativo, que os propostos pela NANDA não são aplicáveis à unidade neonatal ou ainda que suas denominações são de difícil entendimento. Entretanto, tais objeções ao uso dos diagnósticos são meras suposições, pois é necessária a realização de pesquisas científicas para determinar o quanto o instrumento diagnóstico proposto pela NANDA é útil no contexto das unidades neonatais e, assim, refletir os problemas de reconhecimento e entendimento demonstrados pelos enfermeiros (JENSEN, 1990; McFADDEN e GUNNETT, 1992; CARRÍON et al, 1997).

Tal dificuldade com o uso de diagnósticos em unidades neonatais pode ser devido ao fato de que os DEs presentes na Taxonomia da NANDA, de acordo com CARPENITO (2002), são representativos da investigação realizada em determinados grupos, refletindo as origens, a cultura, a especialidade clínica e a experiência profissional dentro do contexto em que foram explorados. Assim, faz-se necessário que sejam submetidos a estudos em diferentes contextos, com diferentes grupos para maior adequação a cada realidade. A inclusão dos DEs na classificação da NANDA ocorre quando são julgados suficientemente claros para serem testados clinicamente, o que significa que se espera que o uso dos termos na prática clínica ou nas pesquisas permita aos enfermeiros refletir e julgar o quanto eles realmente expressam fenômenos que são foco da assistência de enfermagem (CRUZ, 2001). Com isso, muitas propostas de reestruturação, inclusão ou exclusão de termos podem surgir.

Além disso, a resistência entre os enfermeiros quanto aos diagnósticos de enfermagem, para CRUZ (1995), ainda está relacionada à falta de correlação entre histórico, diagnóstico, prescrição e avaliação dos resultados.

Outro aspecto importante relacionado aos DEs é o raciocínio diagnóstico, o qual se trata de um processo complexo de observação, levantamento de dados e pensamento crítico usado para identificar e classificar os fenômenos que se apresentam nas situações clínicas. Frequentemente, os enfermeiros se concentram em selecionar um diagnóstico de uma lista, sem se atentar ao processo de raciocínio diagnóstico, o qual consiste em coletar, interpretar e agrupar a informação para formular um DE. Durante as fases de coleta e de interpretação dos dados, o enfermeiro deve decidir se necessita procurar mais informação ou se já procede a fase de diagnosticar. Muitos enfermeiros têm pouca familiaridade com as CDs e, além disso, propõem diagnósticos precipitadamente, sem maior validação ou consideração de dados adicionais (McFADDEN e GUNNETT, 1992).

De acordo com CARRIÓN et al. (1997), na Espanha o DE é muito usado e discutido diariamente no campo do ensino, mas nem tanto na esfera da prática, o que pode ser visto como uma situação semelhante à do Brasil (CRUZ, 1992), apesar dos avanços atuais ocorridos aqui e em outros países (CARPENITO, 1998). Os autores apontam que o desenvolvimento da enfermagem é impossível sem uma melhora contínua na identificação dos problemas de enfermagem, uma denominação única para estes problemas e a elaboração de planos de cuidados que os resolvam efetivamente ou que pelo menos os amenizem.

Outro aspecto a se considerar é que são em menor número ainda os estudos sobre DEs nas unidades de internação neonatal que englobam a mãe (HENRIKSON et al., 1992; VIEIRA e ROSSI, 2000; MOREIRA, 2001). Assim, considera-se relevante verificar o quanto o conteúdo do diagnóstico proposto pela NANDA, “conflito no desempenho do papel de mãe”, está adequado à realidade brasileira das unidades de internação neonatais, de acordo com enfermeiros assistenciais e pesquisadores da área.



Trata-se de um estudo descritivo, baseado no modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico proposto por FEHRING (1987).

Validar é verificar se o objeto de validação é “bem fundamentado em princípios ou evidência” e se é “capaz de suportar crítica” (FEHRING, 1987).

O termo validade refere-se ao quanto um instrumento é apropriado para medir o verdadeiro valor daquilo que se propõe medir, possibilitando inferir se os resultados que foram obtidos através de sua utilização representam a verdade ou o quanto se afastam dela (POLIT e HUNGLER, 1991). A validade de um DE refere-se ao grau em que ele realmente representa o problema do paciente. Para que se possa afirmar que um diagnóstico é válido, portanto, ele deve passar por um processo em que se verifica se as características que o definem são autênticas representações do que é encontrado na prática clínica (GARCIA, 1998).

A Validação de Conteúdo Diagnóstico baseia-se na obtenção de opiniões de enfermeiros peritos, segundo os critérios deste modelo de validação, acerca do grau em que determinadas CDs são indicativas de um dado diagnóstico. Antes de tal procedimento, deve-se realizar uma revisão bibliográfica sobre o diagnóstico e suas CDs (FEHRING, 1987; GARCIA, 1998).

WIESEKE et al. (1994) apontam que a validação de conteúdo das CDs tem sido negligenciada na área de pesquisa em enfermagem, particularmente, em pacientes críticos.

#### **4.1. SUJEITOS**

Uma das dificuldades apontada por FEHRING (1987) para implementar este modelo de validação, e também vivenciada no Brasil de acordo com GARCIA (1998), é encontrar enfermeiros especialistas no diagnóstico testado. O ideal, para FEHRING (1987), considerando-se o mestrado como um nível de especialização, seria que os enfermeiros tivessem mestrado na área do diagnóstico a ser

validado. Porém, aponta que existem outros fatores que podem ser levados em consideração para determinar um especialista ou perito, embora o autor não faça referência à relevância de cada fator ou qual deveria obrigatoriamente estar presente. Tais fatores, apontados por FEHRING (1987), foram utilizados como critérios para determinação dos sujeitos desta pesquisa:

- anos de experiência na atuação profissional na área do diagnóstico; neste estudo, em unidades neonatais de internação. Considerou-se o tempo mínimo de cinco anos, uma vez que muitas sociedades brasileiras de especialistas realizam provas para concessão de título de especialista para enfermeiros com este tempo de experiência prática;
- realização de pesquisa sobre DEs relacionados à área daquele a ser validado. Para o presente estudo, considerou-se como área relacionada a materno-infantil;
- publicação de artigos sobre DE;
- participação em conferências e conclusão de cursos relevantes sobre DE.

Autores (SPARKS e LIEN-GIESCHEN, 1994; OLIVEIRA, 2001) apontam que, posteriormente, por volta de 1994, FEHRING, manteve praticamente os mesmos requisitos para que um enfermeiro fosse considerado como especialista em um estudo de validação, como se mostra abaixo, mantendo ainda a valorização do grau de Mestre em Enfermagem. Porém, uma vez que a titulação não é suficiente para garantir que o profissional tenha conhecimentos sobre o diagnóstico a ser validado, FEHRING propôs uma pontuação aos requisitos estabelecidos. Tais requisitos são:

- titulação de Mestre em Enfermagem, sendo a dissertação de conteúdo relevante para o diagnóstico de interesse;

- publicação de pesquisa sobre DE e com conteúdo relativo à área de estudo;
- publicação de artigo sobre diagnóstico em jornal de referência;
- tese de doutorado sobre diagnósticos de enfermagem;
- experiência assistencial de pelo menos um ano de duração na área do diagnóstico em questão;
- certificado de prática clínica relevante no diagnóstico de interesse.

Para cada critério acima, FEHRING estipulou uma pontuação, devendo o enfermeiro obter no mínimo nota cinco para ser considerado especialista. Destes cinco pontos, quatro podem ser devidos à titulação de Mestre, o que demonstra a manutenção do grande valor atribuído a este requisito pelo autor. Estes critérios propostos por FEHRING podem ser mais bem apreciados através da consulta dos “proceedings” da Décima Conferência da NANDA, segundo OLIVEIRA (2001).

Em função da realidade brasileira, na qual ainda não há grande número de mestres entre os enfermeiros e principalmente experientes quanto ao uso dos DEs e pesquisadores dos mesmos, utilizou-se os critérios anteriormente preconizados por FEHRING (1987). Assim, os enfermeiros que atenderam a pelo menos um dos critérios foram selecionados como especialistas.

Foi utilizada a amostragem por conveniência, levando-se em conta que, de acordo com FEHRING (1987), uma amostra adequada para estudos de validação de conteúdo deve ser de 50 a 100 sujeitos. Após o envio de 111 questionários, foi obtida a participação de 59 sujeitos.

Realizou-se contato com pesquisadores de DE e da área de enfermagem materno-infantil, com escolas de enfermagem e com hospitais possuidores de unidade de internação neonatal, para verificação do interesse em participar do estudo. Assim, posteriormente, foi enviado o instrumento de coleta de dados, junto com o “Termo de consentimento livre e esclarecido” (Apêndice 2),

para os enfermeiros que atenderam aos critérios estabelecidos para ser sujeitos de pesquisa. Alguns participantes contribuíram muito também indicando outros sujeitos para responder o questionário.

Embora este estudo tenha sido avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia (DTG) do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e oferecida cópia autenticada do parecer de aprovação (Anexo), três hospitais, após vários contatos, solicitaram que o projeto fosse avaliado por um comitê de ética interno. A demora do retorno, embora o parecer tenha sido favorável, impossibilitou a inclusão dos sujeitos de dois deles.

Optou-se por ter como sujeitos de estudo tanto enfermeiros assistenciais como pesquisadores, porque, segundo CLARK et al. (2000), isto promove oportunidade de análise do diagnóstico sob diferentes perspectivas, além de valorizar as contribuições tanto do conhecimento acadêmico quanto da prática profissional no cuidado direto ao paciente.

#### **4.2. DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

O instrumento de coleta de dados (Apêndice 3) foi baseado no DE a ser validado e sua estruturação foi composta por duas etapas. A primeira baseou-se na construção das definições operacionais (DOs) das CDs para posterior avaliação por um grupo de juízes. As DOs fazem parte do instrumento, ficando logo abaixo das CDs correspondentes.

O uso de DOs pode aumentar a confiabilidade dos dados, diminuindo as distorções relacionadas às interpretações de cada sujeito, assim como facilitar a replicação da pesquisa (GRANT e KINNEY, 1992; WALL et al., 1994).

Segundo a literatura consultada (GRANT e KINNEY, 1992), devem ser utilizados três ou mais juízes. Inicialmente, optou-se aleatoriamente por sete juízes e, prevendo-se a possibilidade de não haver retorno por parte de alguns, foram encaminhadas (por correio e por e-mail) as DOs para onze juízes (oito pesquisadores sobre DE e/ou relação mãe-filho e três enfermeiros assistenciais). Porém, apenas seis responderam (cinco pesquisadores e um enfermeiro assistencial) à primeira avaliação das DOs.

Os pesquisadores foram convidados a participar a partir de consulta a trabalhos seus indexados no Medline, trabalhos estes que evidenciaram envolvimento com a temática deste estudo ou com a relação mãe-filho, bem como experiência em ensino e assistência há mais de cinco anos, o que foi confirmado através da consulta do curriculum Lattes. Foi utilizado também o auxílio de “sites” de Faculdades de Enfermagem na busca de prováveis juízes. Quanto aos enfermeiros assistenciais, foram convidados profissionais com mais de dez anos de experiência em neonatologia e que trabalharam com a autora deste estudo. Assim, convidou-se para compor o grupo de juízes os profissionais considerados capacitados para a avaliação das DOs. A composição do grupo é apresentada no Apêndice 1.

De acordo com o proposto por FEHRING (1987) e CLARK et al.(2000), foram seguidos os seguintes passos na primeira etapa da construção do instrumento de coleta de dados:

- revisão bibliográfica sobre o desempenho do papel materno em publicações médicas e de enfermagem, tendo como referencial a Taxonomia dos DEs da NANDA;
- elaboração das DOs para cada uma das CDs estabelecidas para o diagnóstico, combinando as informações presentes na Taxonomia da NANDA e as da literatura, eliminando-se as redundâncias;

acrécimo de CDs a partir de revisão bibliográfica. Neste estudo também houve acréscimo de CDs a partir da sugestão de um dos juízes;

- submissão das definições elaboradas de todas as CDs à avaliação de juízes - profissionais da área de enfermagem que trabalham com DE ou com validação.

Os juízes julgaram as definições, como proposto por GRANT e KINNEY (1992), quanto às características de *adequação, clareza e mensurabilidade*, conforme a escala a seguir: - 1 = não atende à característica; 0 = indeciso e +1 = atende à característica. Além disso, houve espaço no impresso para comentários e sugestões dos avaliadores (Apêndice 4). Junto com o impresso contendo o DE e as CDs, os juízes receberam uma carta explicando os objetivos do estudo e a contribuição esperada deles, bem como abordando os aspectos éticos.

Foi utilizado o CVI (Content Validity Index) para estimar a validade do conteúdo das definições. Assim, o cálculo do índice de validade do conteúdo das definições é dado pela soma dos pontos +1 dos profissionais envolvidos para cada DO, sendo o resultado dividido pelo total máximo possível de pontos (total de juízes) e multiplicado por 100, para que o CVI seja representado em porcentagem. Feito isso, foram calculadas as médias aritméticas das porcentagens dos juízes (GRANT e KINNEY, 1992).

Foram aceitas as DOs, segundo recomendado por GRANT e KINNEY (1992), com CVI igual ou superior a 75%. Quando não atingiram este índice, as definições foram alteradas e encaminhadas novamente aos juízes para reavaliação.

O DE em estudo apresenta, segundo a taxonomia da NANDA, seis CDs. Neste estudo algumas foram desmembradas para que os conteúdos específicos fossem avaliados separadamente. A primeira delas foi “mãe expressa preocupação com relação a mudanças no papel materno, ao funcionamento da

família, à comunicação na família e à saúde na família”, a qual passou a representar quatro CDs distintas. A outra foi “mãe expressa preocupação(ões)/sentimentos de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização ou em casa”, desmembrada para que fosse avaliado separadamente a situação na hospitalização e em casa. A terceira CD modificada foi “mãe verbaliza ou demonstra sentimentos de culpa, raiva, medo, ansiedade e/ou frustrações com relação aos efeitos da doença da criança na família”, a qual passou a constituir cinco CDs, ou seja, uma para cada sentimento verbalizado ou demonstrado.

Além das CDs deste diagnóstico, acrescentou-se à lista duas fictícias pertencentes ao diagnóstico “maternidade prejudicada” e uma CD proposta por CARPENITO (2002) para o DE deste estudo.

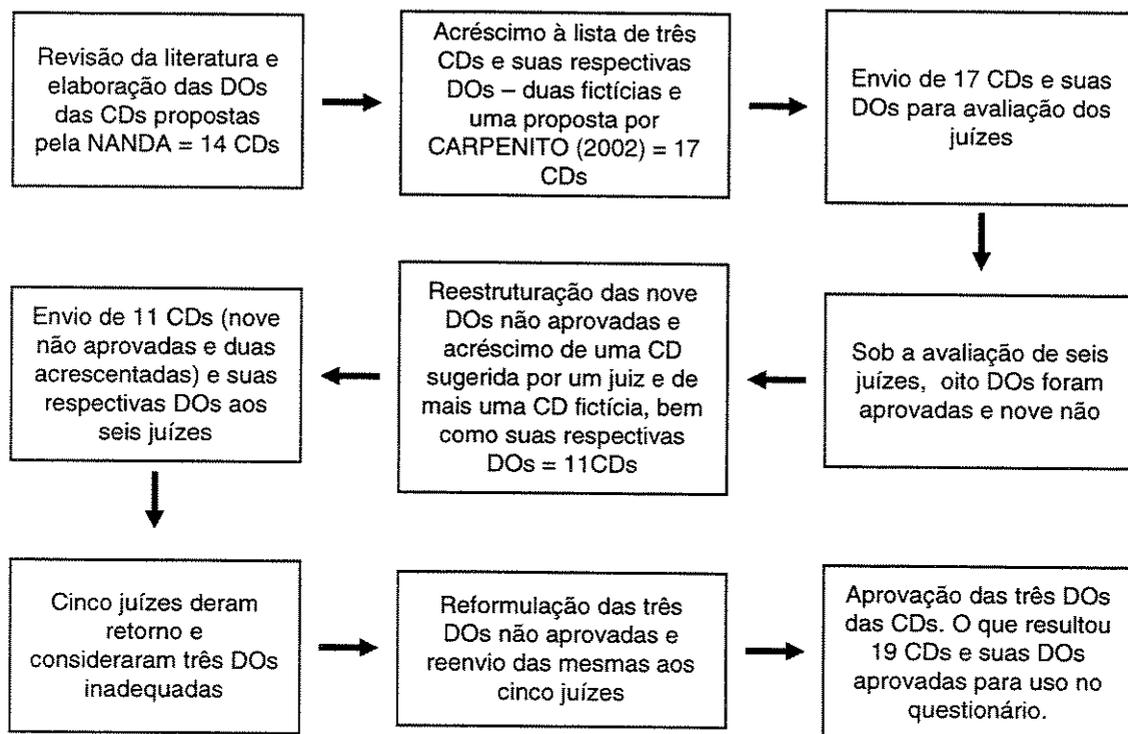
Assim, na primeira avaliação encaminhou-se aos juízes: a definição do DE e 17 CDs, bem como as respectivas DOs.

Na primeira avaliação, havendo retorno de seis juízes, nove DOs não atingiram o CVI necessário, apresentando valores entre 38 e 73,3%. Após as devidas reformulações e acréscimo de mais duas CDs e respectivas DOs, houve novamente o encaminhamento aos juízes. Nesta segunda avaliação, verificou-se que, a partir do retorno de cinco juízes, apenas três das 11 CDs enviadas não atingiram o CVI (ficando entre 66 e 73,3%).

Para a segunda avaliação ocorreu o acréscimo de duas CDs. Uma delas foi sugestão de uma juíza (“mãe verbaliza preocupação em relação à dificuldade para desempenhar o papel materno devido à patologia materna”) e acatada pela autora por ser considerada pertinente ao diagnóstico em questão e um evento presente no estudo realizado por CUNHA (2000). A outra CD incluída (“mãe verbaliza disposição para melhorar o desempenho do papel materno”) se deveu à necessidade sentida pela autora, ao longo da consulta à literatura e

construção do questionário, de incluir uma CD fictícia ainda menos característica do diagnóstico em estudo que as duas já existentes.

O esquema a seguir demonstra a trajetória da construção das DOs das CDs e o resultado final:



De acordo com FEHRING (1987), CDs fictícias podem ser adicionadas à lista para que o autor do estudo tenha certeza de que os enfermeiros não estejam respondendo de maneira aleatória, ou seja, que estejam fazendo uma avaliação minuciosa.

Para a terceira avaliação, as três DOs reprovadas foram reformuladas e novamente encaminhadas para as cinco juízas participantes. Todas as juízas deram retorno e, de acordo com sua avaliação, as DOs atingiram o CVI necessário, o qual variou entre 80 e 100%.

A construção das DOs, a partir da literatura e da avaliação por um grupo de juízes, foi um processo que tomou bastante tempo do estudo, cerca de cinco meses.

A segunda etapa foi a realização de teste do instrumento, utilizando-se como sujeitos quatro estudantes de graduação em enfermagem, como recomenda WHITLEY (1999), que já passaram por estágio em unidade neonatal de internação, em função dos objetivos deste estudo. Outro fator que fez com que se optasse por estudantes foi a dificuldade em encontrar enfermeiros que estivessem dentro dos critérios de inclusão. Uma vez que os dados levantados no teste não seriam incluídos no estudo, fazê-lo com enfermeiros acarretaria a perda de sujeitos, o que dificultaria atingir o número amostral necessário.

Com a aplicação do teste, verificou-se que o instrumento poderia ser utilizado, uma vez que não houve dificuldade em sua compreensão e na operacionalização das respostas. Assim, ficou composto por uma parte inicial com dados dos sujeitos de pesquisa (idade, sexo, tempo de atuação em enfermagem e em neonatologia, realização de pesquisa, formação acadêmica e de extensão) e outra contendo a definição do DE “conflito no desempenho do papel de mãe”, as CDs e suas respectivas DOs para avaliação dos sujeitos de pesquisa. Estes deveriam atribuir valor a cada CD do diagnóstico, em escala de 1 a 5, na qual 1 significou que o enfermeiro considerou a CD “absolutamente não característica” deste diagnóstico e 5 “muito característica”.

As 19 CDs utilizadas no instrumento de coleta de dados para o diagnóstico “conflito no desempenho do papel de mãe” são as listadas a seguir:

- Mãe expressa preocupação(ões) com relação a mudanças no papel materno;
- Mãe expressa preocupação(ões) em relação ao funcionamento da família;

- Mãe expressa preocupação(ões) em relação à comunicação na família;
- Mãe expressa preocupação(ões) em relação à saúde da família;
- Mãe expressa preocupação(ões)/ sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização;
- Mãe expressa preocupação(ões)/ sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança em casa;
- Rejeição ou hostilidade para com a criança (CD fictícia extraída do DE “Maternidade prejudicada”);
- Mãe expressa culpa por contribuir para a doença da criança pela falta de conhecimento e julgamento (CD proposta por CARPENITO, 2002);
- Relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio;
- Declarações negativas a respeito da criança (CD fictícia extraída do DE “Maternidade prejudicada”);
- Distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado;
- Mãe expressa preocupação pela perda percebida de controle sobre as decisões relacionadas ao filho;
- Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de culpa com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar;
- Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de raiva com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar;
- Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de medo com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar;

- Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de ansiedade com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar;
- Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de frustração com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar;
- Mãe verbaliza preocupação em relação à dificuldade para desempenhar o papel materno devido à patologia materna (CD acrescentada por sugestão de juíza e presente na literatura – CUNHA, 2000);
- Mãe verbaliza disposição para melhorar o desempenho da maternidade (CD fictícia extraída do DE “Disposição para maternidade melhorada”).

#### 4.3. COLETA DE DADOS

O questionário (Apêndice 3), contendo as orientações para preenchimento, e o “consentimento livre e esclarecido” (Apêndice 2) foram enviados aos enfermeiros:

- via correio, para auto-aplicação. Receberam também envelope selado e endereçado à autora do estudo para devolução após preenchimento;
- pessoalmente pela pesquisadora ou por duas pessoas que auxiliaram a coleta e
- via e-mail.

Foram enviados 111 questionários (52 por e-mail, 42 em mãos e 17 por correio). Do total de questionários enviados, 61 (55%) foram respondidos. Entretanto, não se pôde incluir dois questionários (um enviado por e-mail e outro enviado por um grupo de enfermeiros assistenciais de um hospital-escola) devido às enfermeiras não atenderem a nenhum dos critérios de inclusão. Talvez isto

tenha se dado pelo fato de que os sujeitos de pesquisa que indicaram outros participantes não se ativeram aos critérios de inclusão, embora isto lhes tenha sido explicado.

Assim, pôde-se contar com 59 questionários (53%) para análise dos dados, havendo uma perda de 47%. Dos 59 questionários respondidos, 16 retornaram por e-mail, 28 pessoalmente, e 15 via correio.

Verificou-se que a perda amostral foi muito maior entre os sujeitos que receberam o questionário por e-mail, seguida por aqueles que o receberam pessoalmente e bem pequena entre os que o receberam e o devolveram pelo correio. Acredita-se que isto é explicado pela impessoalidade causada pela Internet, embora se tenha procurado sempre ser amistosa, receptiva, esclarecer todas as dúvidas dos participantes e enviar todo o material solicitado. Quanto àqueles que receberam o questionário pessoalmente, alguns solicitaram mais tempo para responder e não o devolveram ou o fizeram, mas sem responder. A perda amostral pelo correio foi pequena, provavelmente, porque se deu um contato telefônico ou por e-mail no qual foram dados todos os esclarecimentos solicitados para então o sujeito oferecer o seu endereço. O fato de o enfermeiro dar seu endereço ao pesquisador pode ser interpretado como confiança e real desejo de participar do estudo.

Seguindo o recomendado por WIESEKE et al (1994), também foi deixado espaço no questionário para comentários, sugestões quanto à definição do DE, às CDs apresentadas e para acréscimo de outras que os enfermeiros considerassem importantes.

Pode-se utilizar a técnica de Delphi, a qual consiste em rodadas repetidas de questionários para obtenção de consenso. Porém, por ser uma técnica opcional, segundo FEHRING (1987), que demanda um considerável tempo e diminui os índices de retorno dos questionários, não foi utilizada neste estudo.

#### 4.4. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS - MÉTODO FEHRING

De acordo com o modelo de Validação do Conteúdo Diagnóstico proposto por FEHRING (1987), os seguintes passos devem ser seguidos:

- os enfermeiros considerados especialistas, de acordo com os critérios de seleção, atribuem um valor a cada CD do diagnóstico em teste, em escala de 1 a 5, sendo que:
  - 1 = absolutamente não característico;
  - 2 = muito pouco característico;
  - 3 = de algum modo característico;
  - 4 = consideravelmente característico;
  - 5 = muito característico do diagnóstico;
- faz-se o cálculo da média ponderada das notas atribuídas pelos enfermeiros para cada uma das CDs, considerando-se para este cálculo os seguintes pesos: 1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75; 5 = 1.
- descartam-se as CDs com média ponderada menor que 0,50. Este passo deve ser considerado provisório até que os resultados sejam confirmados através de estudos com amostras amplas de enfermeiros especialistas de todo o país ou até que estudos com amostras menores repetidos confirmem estes resultados.
- são consideradas características definidoras maiores as com média ponderada maior ou igual a 0,80. Características definidoras com média ponderada entre 0,50 e 0,80 são classificadas como menores. Este também deve ser um passo provisório até que os resultados tenham sido confirmados com repetidos estudos ou com um estudo que abranja o país todo. Até que maior confirmação seja obtida com estudos, as CDs serão chamadas de indicadores principais provisórios e indicadores secundários provisórios, equivalente a

características definidoras maiores e menores, respectivamente (FEHRING, 1987; GARCIA, 1998). Ao longo do presente estudo mantém-se a denominação de CDs maiores ou menores, embora se tenha em mente que não se trata ainda de um resultado definitivo, apenas em função da familiaridade com a mesma, a qual está presente em muitos estudos de validação.

- Por fim, obtém-se um escore total pela soma dos escores individuais de cada CD e dividindo pelo número total de características do diagnóstico testado. As CDs com média ponderada menores ou iguais a 0,50 devem ser excluídas do escore total.

Este escore total, segundo SPARKS e LIEN-GIESCHEN (1994), representa um índice de validade de conteúdo que indica o quanto o enfermeiro pode estar confiante ao usar o DE em um determinado paciente.

Faz-se importante apontar que a classificação diagnóstica da NANDA Internacional não aponta CDs maiores ou menores, entretanto, optou-se por fazê-lo em função do método utilizado e de tal denominação estar presente na literatura como em CARPENITO (2002).

Foi desenvolvida uma planilha, utilizando-se o programa Excel for Windows, contendo todos os dados coletados, tanto os sócio-demográficos e de formação profissional dos enfermeiros quanto os referentes às 19 CDs. Esta planilha foi enviada ao Serviço de Estatística da FCM/Unicamp para a análise estatística dos dados.

#### **4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Para descrever o perfil da amostra, segundo as diversas variáveis em estudo, foram construídas tabelas de freqüência das variáveis categóricas (como sexo e escolaridade), com os valores de freqüência absoluta (n) e relativa (%),

bem como estatísticas descritivas das variáveis contínuas (como idade e escores das características definidoras), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo e mediana.

Para comparar os valores das CDs entre variáveis de duas categorias de resposta (respostas dos enfermeiros que fizeram cursos de pós-graduação, pesquisas e que utilizam DEs e as dos que não se incluem em qualquer uma destas alternativas) foi utilizado o teste de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975; FLEISS, 1981) e para analisar a relação entre os valores das CDs e as variáveis contínuas (idade, tempo de atuação como enfermeiro, tempo de atuação em neonatologia e participação em cursos de DE) foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (CONOVER, 1971). O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja,  $p < 0.05$ .

Para a análise estatística foi utilizado o programa SAS for Windows (Statistical Analysis System), versão 6.12.

#### **4.6. ASPECTOS ÉTICOS**

No que se refere aos aspectos éticos, o projeto foi submetido à avaliação da Comissão de Pesquisa do DTG do CAISM/Unicamp e do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp, obtendo parecer favorável ao seu desenvolvimento (Anexo). Os profissionais participantes do estudo receberam uma cópia do termo de consentimento livre esclarecido (Apêndice 2), explicando o objetivo do estudo e assegurando-lhes sigilo sobre sua identidade, que a recusa em participar não lhe traria qualquer tipo de prejuízo e que sua participação não implicaria em co-autoria no estudo.

Aqueles que receberam o questionário por e-mail não assinaram o consentimento, embora o tenham recebido. Entretanto, o retorno do instrumento foi interpretado como um consentimento, segundo WALL et al. (1994).

---

**RESULTADOS**

## 5.1. PERFIL DOS ESPECIALISTAS

Foram enviados 111 questionários, sendo que 59 enfermeiros responderam-no, os quais significam 53% do total e constituem a amostra deste estudo. A maioria era do sexo feminino (94,9%), com média de idade de 36,8 anos, variando de 24 a 55 anos. O tempo médio de atuação como enfermeiros na amostra foi de 12 anos, com tempo mínimo de dois anos e máximo de 28 anos. O tempo médio de atuação em neonatologia foi de 9,6 anos, com variação de um ano e seis meses a 25 anos. Verificou-se que 54 sujeitos (91,5%) atuavam há mais de cinco anos como enfermeiros, assim como há mais de cinco anos em neonatologia. Quanto aos cinco enfermeiros que atuavam há menos de cinco anos em neonatologia, três foram incluídos na amostra pelo fato de terem realizado curso de especialização na área e os outros dois porque atuavam anteriormente na área como técnicos de enfermagem, perfazendo um tempo de experiência de cinco ou mais anos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil dos enfermeiros que participaram do estudo

Variáveis	Frequência	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	56	94,9
Masculino	3	5,1
<b>Idade</b>		
< 30 anos	9	15,3
30 – 39 anos	25	42,4
40 – 49 anos	22	37,3
> 50 anos	3	5,1
<b>Tempo de atuação como enfermeiro (anos)</b>		
< 5 anos	5	8,5
5 – 9	24	40,7
10 – 19	17	28,8
> 20	13	22,0
<b>Tempo de atuação em neonatologia (anos)</b>		
< 5	5	8,5
5 – 9	33	55,9
10 – 19	14	23,7
> 20	7	11,9
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 2 mostra que mais da metade dos enfermeiros (59,3%) não realizou curso de pós-graduação. Apenas cinco tinham o título de doutor, dois de mestre e 17 (28,8%) realizaram cursos de especialização. Destes 17 sujeitos, sete se especializaram em outras áreas que não neonatologia, tais como Obstetrícia, Enfermagem do Trabalho, Saúde Pública, Educação Profissional para a Saúde e Administração de Serviços de Saúde. Ainda neste último grupo, um enfermeiro possuía três títulos de especialista e outro, dois.

A absoluta maioria (84,7%) não tinha realizado, até o momento da coleta de dados, pesquisas sobre DEs ou sobre a relação mãe-filho na unidade de internação neonatal

**Tabela 2.** Participação dos enfermeiros em cursos de pós-graduação e realização de pesquisas sobre diagnóstico de enfermagem ou sobre a relação mãe-filho em unidades de internação neonatal

VARIÁVEIS	Frequência	
	n	%
<b>Curso de pós-graduação</b>		
Não	35	59,3
Especialização	17	28,8
Mestrado	2	3,4
Doutorado	5	8,5
<b>Pesquisas sobre DE ou relação mãe-filho</b>		
Não	50	84,7
Sim	9	15,3
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

Como mostra a Tabela 3, 32 enfermeiros (54,2%) não realizaram cursos sobre DE e os que fizeram, em sua maioria, participaram de um (16,9%) ou dois cursos (18,6%).

O objetivo da questão foi obter a frequência de participação em cursos sobre DEs e a justificativa daqueles que não o fizeram. Entretanto, dois enfermeiros, que participaram de cursos, comentaram que utilizavam diagnósticos onde trabalhavam, porque o processo de enfermagem era utilizado na instituição.

Dos 32 enfermeiros que não participaram de cursos sobre diagnóstico de enfermagem, apenas 21 justificaram sua resposta. As justificativas seguem abaixo, bem como a frequência com que foram apontadas por este grupo:

- não utiliza na prática cotidiana por não estar implantado no hospital onde trabalha (4 ocorrências);
- não teve oportunidade (4 ocorrências);
- há pouco tempo que se tem falado sobre o assunto, trata-se de tema novo (3 ocorrências);
- falta de disponibilidade quando os cursos foram oferecidos (2 ocorrências);
- falta de interesse pelo tema (1 ocorrência);
- ausência de divulgação (1 ocorrência);
- não se lembra de curso oferecido sobre este assunto (1 ocorrência);
- não teve oportunidade devido a poucos cursos sobre o tema (1 ocorrência);
- ausência de cursos sobre o tema no município, na região onde vive (1 ocorrência);
- não teve conhecimento de cursos de diagnósticos de enfermagem com ênfase em pediatria/neonatologia (1 ocorrência);
- não estuda esta temática (1 ocorrência);
- trata-se de uma parte deficiente de sua formação, o que considera que causou o desinteresse (1 ocorrência);
- área de estudo e atuação é emergência, assim, não se interessou (1 ocorrência);
- falta de tempo (1 ocorrência);
- não havia interesse porque compreendia o diagnóstico como uma reclassificação dos diagnósticos médicos (1 ocorrência).

**Tabela 3.** Número de participações dos enfermeiros em cursos sobre diagnóstico de enfermagem.

Participações em cursos	Frequência	
	n	%
0	32	54,2
1	10	16,9
2	11	18,6
3	3	5,1
4	1	1,7
5	2	3,4
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

Conforme descrito na metodologia, após ter-se recebido o retorno dos primeiros questionários respondidos, houve a necessidade de incluir mais uma questão no mesmo, a qual foi fruto da sugestão de um dos sujeitos de pesquisa. O objetivo da questão era saber se os sujeitos utilizavam DEs em seu trabalho, em seu dia-a-dia, o que se considerou que poderia ser relevante para a análise dos dados. Assim, a questão foi incluída no questionário e feitas novas cópias do mesmo para uso na coleta de dados. Quanto àqueles que foram respondidos, mas não tinham a nova questão (19 questionários), buscou-se resgatar a informação junto aos sujeitos, o que foi possível apenas com sete enfermeiros.

Portanto, do total de 59 enfermeiros, 47 foram submetidos a esta questão. Destes, 28 enfermeiros (59,6%) declararam utilizar diagnósticos de enfermagem e 19 (40,4%) afirmaram que não. Embora não seja a representação da totalidade da amostra, acredita-se que seja significativo que 40,4% não utilizem os diagnósticos de enfermagem.

Nesta questão também se tinha como objetivo que os enfermeiros justificassem a sua resposta caso ela fosse “não”, ou seja, o porquê da não utilização dos diagnósticos na sua prática cotidiana. Dos 19 enfermeiros que declararam não utilizar diagnósticos, 18 justificaram a resposta. As justificativas apresentadas foram:

- o processo de enfermagem não é implementado onde trabalha (7 ocorrências);

- uso incompleto de sistematização da assistência (2 ocorrências);
- onde trabalha o enfoque é dado para a evolução e para a prescrição e está se começando a pensar em utilizar diagnósticos, mas há muitos enfermeiros que não lidam com isso e têm dificuldades (2 ocorrências);
- realização de prescrição desvinculada de diagnóstico (1 ocorrência);
- não está incluído na sistematização da instituição onde trabalha devido a falta de prática dos enfermeiros (1 ocorrência);
- é docente nas áreas de administração e metodologia de pesquisa (1 ocorrência);
- diagnóstico é feito no momento da internação e dificilmente é atualizado (1 ocorrência);
- o diagnóstico é feito na admissão e não se vê aplicabilidade do mesmo ao longo de todo o período de permanência do paciente (1 ocorrência);
- não faz parte da rotina do serviço (1 ocorrência);
- sua experiência com sistematização não inclui os diagnósticos (1 ocorrência).

Vale esclarecer que a docente que justificou não utilizar DEs por atuar em áreas de administração e metodologia de pesquisa foi incluída na amostra por ter atuado durante dez anos em neonatologia e sua tese de doutorado foi relacionada à relação mãe-filho na unidade de internação neonatal.

Mesmo não sendo solicitado, oito enfermeiros escreveram porque utilizam DEs:

- identifica os problemas principais das clientes e direciona as intervenções de enfermagem (3 ocorrências);
- utiliza-se na prática diária (1 ocorrência);

- é importante para aprimorar a qualidade da assistência e cumprir as determinações do COREN (1 ocorrência);
- permite a identificação de fenômenos que a enfermeira é capaz de detectar e assistir com autonomia, e a utilização precisa de diagnósticos direciona a assistência e a avaliação da mesma (1 ocorrência);
- é rotina da unidade o uso, pois, direciona os cuidados diários para melhorar o atendimento em longo prazo (1 ocorrência);
- para melhor planejamento da assistência de enfermagem e para facilitar a execução da prescrição de enfermagem (1 ocorrência).

## **5.2. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” e suas características definidoras**

O DE “conflito no desempenho do papel de mãe” é definido, segundo NANDA (2002), da seguinte maneira: “mãe experimenta confusão e conflito no desempenho de seu papel em resposta a uma crise”. Recebeu comentário de apenas um enfermeiro, o qual sugeriu que a **definição** deveria ser: “mãe mostra-se confusa e com conflito no desempenho de seu papel em resposta a uma crise”.

A partir da avaliação dos enfermeiros desta pesquisa e obtenção das médias ponderadas, verificou-se que nenhuma CD foi excluída, o que, segundo FEHRING (1987), deve ocorrer com aquelas que atingem um escore menor que 0,50. Portanto, neste estudo, as 19 CDs apresentadas aos enfermeiros foram validadas. O escore total de validação das CDs foi 0,73 (tabela 4).

**Tabela 4. Escores da validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Conflito no desempenho do papel de mãe”**

<b>Características definidoras</b>	<b>Escores</b>
CD1: Mãe expressa preocupação(ões) com relação a mudanças no papel materno	0,88
CD2: Mãe expressa preocupação(ões) em relação ao funcionamento da família	0,76
CD3: Mãe expressa preocupação(ões) em relação à comunicação na família	0,67
CD4: Mãe expressa preocupação(ões) em relação à saúde da família	0,87
CD5: Mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização	0,92
CD6: Mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança em casa	0,88
CD7: <u>Rejeição ou hostilidade para com a criança*</u>	0,62
CD8: <u>Mãe expressa culpa por contribuir para a doença da criança pela falta de conhecimento e julgamento ***</u>	0,76
CD9: Relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio	0,75
CD10: <u>Declarações negativas a respeito da criança*</u>	0,53
CD11: Distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado	0,59
CD12: Mãe expressa preocupação sobre a perda percebida de controle sobre decisões relacionadas ao filho	0,72
CD13: Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de culpa com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar	0,73
CD14: Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de raiva com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar	0,52
CD15: Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de medo com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar	0,74
CD16: Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de ansiedade com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar	0,77
CD17: Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de frustração com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar	0,69
CD18: <u>Mãe verbaliza preocupação em relação à dificuldade para desempenhar o papel materno devido a patologia materna**</u>	0,68
CD19: <u>Mãe verbaliza disposição para melhorar o desempenho do papel materno*</u>	0,73

\* Características definidoras não pertencentes ao diagnóstico em questão, segundo a Taxonomia II da NANDA Internacional.

\*\* Característica definidora sugerida por uma das juízas das DOs.

\*\*\* Característica definidora proposta por CARPENITO (2002).

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos valores recebidos por cada CD do diagnóstico.

**Tabela 5.** Apresentação dos valores atribuídos às características definidoras (CD) pelos enfermeiros em função do grau que consideraram ser característica do diagnóstico “conflito no desempenho do papel de mãe”

	Absolutamente não característico	Bem pouco característico	De algum modo característico	Consideravelmente característico	Muito característico
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
CD1	0 (0)	0 (0)	9 (15,3)	11 (18,6)	39 (66,1)
CD2	0 (0)	5 (8,5)	14 (23,7)	13 (22,0)	27 (45,8)
CD3	3 (5,1)	5 (8,5)	19 (32,2)	14 (23,7)	18 (30,5)
CD4	1 (1,7)	1 (1,7)	8 (13,6)	8 (13,6)	41 (69,5)
CD5	0 (0)	0 (0)	5 (8,5)	10 (16,9)	44 (74,6)
CD6	0 (0)	0 (0)	6 (10,2)	16 (27,1)	37 (62,7)
CD7	5 (8,5)	11 (18,6)	13 (22,0)	11 (18,6)	19 (32,2)
CD8	2 (3,4)	3 (5,1)	9 (15,3)	21 (35,6)	24 (40,7)
CD9	3 (5,1)	4 (6,8)	9 (15,3)	17 (28,8)	26 (44,1)
CD10	8 (13,6)	11 (18,6)	13 (22,0)	20 (33,9)	7 (11,9)
CD11	7 (11,9)	8 (13,6)	15 (25,4)	14 (23,7)	15 (25,4)
CD12	2 (3,4)	6 (10,2)	12 (20,3)	15 (25,4)	24 (40,7)
CD13	1 (1,7)	4 (6,8)	11 (18,6)	25 (42,4)	18 (30,5)
CD14	7 (11,9)	16 (27,1)	13 (22,0)	11 (18,6)	12 (20,3)
CD15	1 (1,7)	4 (6,8)	15 (25,4)	16 (27,1)	23 (39,0)
CD16	0 (0)	4 (6,8)	14 (23,7)	14 (23,7)	27 (45,8)
CD17	2 (3,4)	8 (13,6)	14 (23,7)	14 (23,7)	21 (35,6)
CD18	4 (6,8)	7 (11,9)	12 (20,3)	14 (23,7)	22 (37,3)
CD19	7 (11,9)	4 (6,8)	6 (10,2)	12 (20,3)	30 (50,8)

Segundo o modelo de validação utilizado neste estudo (FEHRING, 1987), as CDs classificadas como maiores foram aquelas que atingiram média ponderada igual ou maior que 0,80. O que significa que os especialistas concordaram que são muito indicativas do diagnóstico que está sendo testado. De acordo com CARPENITO (1998), as características definidoras maiores precisam estar presentes para que o diagnóstico seja feito. Quatro das 19 CDs apresentadas para o diagnóstico “conflito no desempenho do papel de mãe” foram consideradas como características definidoras maiores. As demais foram consideradas menores apresentando escores entre 0,79 e 0,50 (Tabela 6).

**Tabela 6.** Características definidoras maiores e menores para o diagnóstico de enfermagem “Conflito no desempenho do papel de mãe”.

<b>Características definidoras</b>	<b>Escores</b>
<b><u>Maiores</u></b>	
Mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização	0,92
Mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança em casa	0,88
Mãe expressa preocupação(ões) com relação a mudanças no papel materno	0,88
Mãe expressa preocupação(ões) em relação à saúde da família	0,87
<b><u>Menores</u></b>	
Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de ansiedade com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar	0,77
Mãe expressa preocupação(ões) em relação ao funcionamento da família	0,76
<u>Mãe expressa culpa por contribuir para a doença da criança pela falta de conhecimento e julgamento ***</u>	0,76
Relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio	0,75
Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de medo com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar	0,74
Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de culpa com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar	0,73
<u>Mãe verbaliza disposição para melhorar o desempenho do papel materno*</u>	0,73
Mãe expressa preocupação sobre a perda percebida de controle sobre decisões relacionadas ao filho	0,72
Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de frustração com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar	0,69
<u>Mãe verbaliza preocupação em relação à dificuldade para desempenhar o papel materno devido a patologia materna**</u>	0,68
Mãe expressa preocupação(ões) em relação à comunicação na família	0,67
<u>Rejeição ou hostilidade para com a criança*</u>	0,62
Distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado	0,59
<u>Declarações negativas a respeito da criança*</u>	0,53
Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de raiva com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar	0,52
<b>TOTAL</b>	<b>0,73</b>

\* Características definidoras fictícias, não pertencentes ao diagnóstico segundo a Taxonomia II da NANDA.

\*\* Característica definidora sugerida por uma das juízas das DOs.

\*\*\* Característica definidora proposta por CARPENITO (2002).

Foram realizados cruzamentos entre os valores atribuídos pelos enfermeiros às CDs e as variáveis relacionadas ao perfil dos mesmos (idade, tempo de atuação como enfermeiro, tempo de atuação em neonatologia,

realização de cursos sobre DE, participação em cursos de pós-graduação, realização de pesquisa e utilização de DEs).

Utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (CONOVER, 1971) para as variáveis contínuas (idade, tempo de atuação como enfermeiro e em neonatologia e número de cursos sobre diagnóstico de enfermagem) e o teste de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975; FLEISS, 1981) para as variáveis categóricas (pós-graduação, realização de pesquisa, participação em cursos sobre diagnóstico e utilização de diagnósticos).

Não houve correlação significativa dos valores atribuídos às CDs com as variáveis, entretanto, um dado significativo que emergiu a partir das análises comparativas, utilizando-se o teste de Mann-Whitney, foi quanto aos escores das características e a utilização dos DEs no dia-a-dia de trabalho dos enfermeiros. As CDs “mãe expressa preocupação(ões) com relação a mudanças no papel materno” ( $p=0,008$ ) e “relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio” ( $p=0,008$ ) receberam pontuação menor entre os **enfermeiros que utilizam DEs** em suas atividades profissionais. Verificou-se ainda uma tendência no mesmo sentido quanto à CD “rejeição ou hostilidade para com a criança” ( $p = 0,079$ ), mas neste caso seria necessário ampliar o tamanho amostral para se confirmar ou não tal achado.

Verificou-se que quanto à CD “mãe verbaliza ou demonstra sentimento de frustração com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar”, houve uma tendência de correlação negativa com o tempo de atuação em neonatologia, isto é, os profissionais mais experientes atribuíram valores mais baixos a esta CD.

Outro dado oriundo das análises comparativas foi que não houve correlação entre os escores das CDs e a escolaridade dos participantes, entretanto, no caso da CD “mãe expressa preocupação(ões) em relação a mudanças no papel materno”, os 24 enfermeiros que realizaram **cursos de pós-**

**graduação** (especialização, mestrado, doutorado) atribuíram valores mais altos (0,93) do que os demais (0,84).

Não houve correlação quando se comparou os escores das CDs e a realização ou não de **pesquisas** por parte dos sujeitos. Seria necessário que houvesse mais pesquisadores na amostra, afinal, de um total de 59 sujeitos, apenas 9 referiram já ter realizado pesquisas sobre DE ou sobre a relação mãe-filho.

Um dado que chamou a atenção foi que as quatro CDs acrescentadas ao diagnóstico foram validadas pelos enfermeiros participantes neste estudo. Duas delas, “rejeição ou hostilidade para com a criança” (escore = 0,62) e “declarações negativas a respeito da criança” (escore = 0,53), pertencem ao diagnóstico intitulado “maternidade prejudicada”. A terceira foi “mãe verbaliza disposição para melhorar o desempenho do papel materno” (escore = 0,73), a qual pertence ao DE “disposição para maternidade aumentada”. Este diagnóstico foi acrescentado à Taxonomia II em 2002 e o uso de sua CD tinha como objetivo verificar a coerência das respostas, visto que se pensou não ser uma CD facilmente associável a conflito. A quarta CD, “mãe verbaliza preocupação em relação à dificuldade para desempenhar o papel materno devido à patologia materna”, foi sugerida por uma das juízas das DOs.

### **5.3. Sugestões e comentários dos enfermeiros quanto à definição do diagnóstico “conflito no desempenho do papel de mãe” e suas características definidoras**

Embora na análise da definição do diagnóstico e de cada CD os enfermeiros pudessem apontar sugestões e fazer comentários, apenas 14 o fizeram (23,7%). Verificou-se que todos estes haviam feito cursos de pós-graduação ou pesquisas sobre o tema ou cursos sobre DE. Onze enfermeiros fizeram comentários específicos sobre as CDs e três concentraram-se em impressões pessoais quanto ao estudo em questão e sua participação nele.

Apenas um enfermeiro comentou a definição do diagnóstico, como apresentado anteriormente.

Outro enfermeiro sugeriu acréscimo de mais duas CDs: “mãe não sabe reconhecer as respostas comportamentais do filho (sinais do bebê) aos estímulos” e “mãe se mostra desinteressada por conhecer a evolução do bebê internado”, apontando-as como “muito característica do diagnóstico” e “consideravelmente característica”, respectivamente. Esta enfermeira é docente, doutora, já realizou pesquisas sobre o tema deste trabalho e já participou de curso sobre DE.

As CDs que mais receberam comentários e/ou sugestões foram “relutância em participar das atividades usuais de cuidado mesmo com encorajamento e apoio”, comentada por seis enfermeiros, e “distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado”, comentada por cinco.

A primeira característica definidora apresentada no instrumento de coleta de dados foi **“mãe expressa preocupação com relação a mudanças no papel materno”**. Foi apontado que o termo “preocupação” deveria ser revisto e que seria melhor descrever o sinal como “mãe expressa dificuldade de adaptação ao papel materno”.

A CD **“mãe expressa preocupação(ões) em relação ao funcionamento da família”** foi considerada muito ampla e que sua compreensão mais precisa só foi possível com a leitura da DO. Assim, foi sugerido o seguinte enunciado: “mãe expressa preocupação com relação ao papel que desempenha na dinâmica familiar”. Outro enfermeiro sugeriu: “mãe expressa preocupação em relação à dinâmica familiar”.

**Mãe expressa preocupação(ões) em relação à comunicação na família** foi apontada por uma das enfermeiras como tendo muitos pontos em comum com a anterior e que a DO (mãe expressa preocupação em relação à comunicação na família, entendida como o processo de compreender, compartilhar mensagens recebidas, sendo que neste processo as próprias

mensagens e o modo como se dá o seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas a curto, médio ou longo prazo. STEFANELLI, 1993) não estava clara. A enfermeira sugeriu que fosse descrita da seguinte maneira: “mãe expressa/verbaliza preocupação em relação à comunicação intra-familiar”.

Outra enfermeira aponta que as mães apresentam dificuldades em apreender informações transmitidas pela equipe, sendo que há a necessidade de repeti-las várias vezes. Além disso, acrescenta, apresentam uma insegurança muito grande em cuidar sozinhas de seu filho em casa, verbalizam inclusive o medo que sentem quanto ao fato de que não irão dar conta do que é necessário ser realizado.

Quanto à CD ***“mãe expressa preocupações em relação à saúde da família”***, a qual foi comentada por três enfermeiros, foi sugerido por um deles descrever: “mãe expressa/verbaliza preocupação em relação à saúde de familiar (es)” ou ainda “mãe expressa preocupação com a integridade da saúde dos familiares”.

Um dos enfermeiros considerou esta CD “absolutamente não característica” deste diagnóstico por considerar que, se a mãe está expressando preocupações em relação à família, significa que está sabendo lidar com a nova situação, tentando manter um equilíbrio na distribuição das funções de mãe e mulher.

O terceiro enfermeiro considerou esta CD “muito característica” do diagnóstico e comentou que em seu local de trabalho recebe pacientes de outras cidades, assim, a distância faz com que a mãe fique em conflito por ter que estar ausente de seu lar para estar com o RN no hospital.

***“Mãe expressa preocupação(ões) /sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização”*** foi apontada como muito presente por um dos três enfermeiros

que a comentaram, principalmente quanto à insegurança emocional, mais freqüente nas mães adolescentes por não estarem preparadas para a maternidade e para o enfrentamento de ter um RN de risco.

Outro enfermeiro sugere que seja descrita: “mãe expressa preocupação/sentimentos de inadequação para suprir as necessidades físicas/emocionais do filho hospitalizado”.

O terceiro enfermeiro que a comentou considerou-a como “de algum modo característica” por considerar que este sentimento é menos importante no período de internação e bem mais presente no momento da alta.

**“Mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança em casa”** teve como sugestão que a palavra criança fosse substituída por filho.

Quanto à **“Rejeição ou hostilidade para com a criança”**, CD pertencente ao DE “maternidade prejudicada”, foi sugerida a seguinte apresentação: “mãe expressa comportamento de rejeição, hostilidade e violência em relação ao filho hospitalizado”.

**“Mãe expressa culpa por contribuir para a doença da criança pela falta de conhecimento e julgamento”** foi apontada por uma enfermeira como uma CD difícil de pontuar porque considera que não é observável de imediato no contato com as mães, mas que em algum momento pode ser sinalizada.

Outra enfermeira sugere que esta CD seja dividida em duas outras: 1. “mãe expressa/verbaliza sentimento de culpa por contribuir para o adoecimento do filho” e 2. “mãe expressa conhecimento insuficiente/julgamento inadequado sobre a doença de seu filho”.

Quanto à **“Relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio”**, foi sugerida a seguinte forma de descrever: “mãe expressa comportamento de resistência em participar do cuidado

do filho”. Outro enfermeiro apontou que se deveria especificar de quem vem o apoio e substituir a palavra “usuais” por “habituais”, levando em conta a DO.

Foi comentado por um enfermeiro que esta relutância depende muito do comportamento da equipe de enfermagem e que, em sua prática, a grande maioria das mães se sente à vontade e feliz em poder participar dos cuidados prestados.

Outro profissional considerou que mães que sentem medo de manipular o filho prematuro são as que mais têm o conflito em relação ao desempenho de seu papel.

Por fim, um enfermeiro, que avaliou esta CD como “bem pouco característica” do diagnóstico em questão, afirmou que a relutância se dá mais pela insegurança quanto à capacidade de desempenhar as atividades de cuidado.

**“Declarações negativas a respeito da criança”**, uma CD não pertencente ao diagnóstico em estudo, teve como sugestão: “mãe expressa/verbaliza aspectos físicos e comportamentos negativos do filho”.

A CD **“Distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado”** foi comentada por cinco enfermeiros. O primeiro deles sugeriu que fosse escrita de forma diferente: “mãe expressa comportamento de inabilidade ou falta de empenho nos cuidados habituais do filho”.

Um dos enfermeiros não considerou esta CD como característica do diagnóstico por considerá-la muito semelhante à “relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio”.

Os outros enfermeiros ativeram-se às questões apresentadas na DO quanto à habilidade e interesse:

- a mãe pode apresentar falta de habilidade simplesmente por não ter contato anterior com o RN, o que é totalmente diferente da falta de interesse;
- o desinteresse demonstrado foi apontado por um dos enfermeiros como mais importante que a falta de habilidade;
- o terceiro comentário foi que a CD deveria ser desdobrada, pois, o enfermeiro acredita que se trata mais de falta de habilidade.

Quanto a ***“Mãe expressa preocupação sobre a perda percebida de controle sobre decisões relacionadas ao filho”*** houve apenas um comentário: que a DO não esclareceu adequadamente a CD, que a redação não estava clara e que isso levou a dar uma pontuação mais baixa.

Três enfermeiros comentaram a CD ***“Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de culpa com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar”***. Um deles sugeriu que fosse descrita: “mãe expressa sentimento de culpa pela doença do filho alterar a dinâmica familiar”.

Um dos enfermeiros considerou-a como “bem pouco característica” e apontou que ocorre na maioria das vezes quando o recém-nascido tem uma síndrome e a mãe, por desconhecer a causa, sente-se culpada.

O terceiro enfermeiro relatou que na unidade neonatal onde trabalha estão sendo realizados encontros semanais, reunindo familiares, equipe de enfermagem e psicóloga para trabalhar o estado emocional, esclarecer dúvidas e incentivar a permanência da mãe mesmo durante procedimentos. E que tem notado o enorme bem que isto tem feito às mães.

Foi sugerido que ***“Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de raiva com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar”*** fosse escrito de outra maneira: “mãe expressa sentimento de raiva pela doença do filho afetar a dinâmica familiar”.

Um enfermeiro expressou o quanto considera difícil identificar a raiva e perguntou: “Como aferir?”.

Um dos enfermeiros que considerou “**mãe verbaliza ou demonstra sentimento de medo com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar**” como “muito característico” do diagnóstico, comentou que o medo sempre está presente, não só na fala, mas também no “semblante” das mães, medo principalmente da morte do filho.

Foi sugerido ainda escrever “mãe expressa sentimento de medo pela doença da criança afetar a dinâmica familiar”.

A CD “**mãe verbaliza ou demonstra sentimento de ansiedade com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar**” levou um enfermeiro a comentar que é difícil diferenciar medo e ansiedade precisamente para classificar como CDs. Outro escreveu que esta CD surge pelo medo do desconhecido e por deixar o filho aos cuidados de pessoas desconhecidas, o que acaba diminuindo pelo tempo prolongado de internação do RN.

Foi sugerido “mãe expressa sentimento de ansiedade pela doença do filho afetar dinâmica familiar”.

“**Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de frustração com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar**” teve como sugestão ser redigida “mãe expressa sentimento de frustração pela doença do filho afetar a dinâmica familiar”.

Foi considerado por um enfermeiro que “**Mãe verbaliza preocupação em relação à dificuldade para desempenhar o papel materno devido à patologia materna**” deveria ser “mãe verbaliza limitação física/psíquica para desempenhar o papel materno”.

A DO de “**Mãe verbaliza disposição para melhorar o desempenho do papel materno**” foi considerada por um dos enfermeiros de difícil

compreensão no que se refere ao que seria um melhor desempenho do papel materno.

Outro enfermeiro comentou que a avaliação desta CD depende da situação. Explicou sua consideração afirmando que se for uma mãe que aparenta insegurança, mas que a todo momento verbaliza que irá melhorar seu desempenho, ele poderia ser levado a acreditar que ela está se sentindo incapacitada para cuidar do filho. Por outro lado, se for uma pessoa que se mostra segura, o enfermeiro afirmou que interpretaria tal verbalização apenas como um desejo expresso de ser boa mãe. Assim, pontuou esta CD como “bem pouco característica” do diagnóstico.

No final do questionário havia um espaço para que os enfermeiros pudessem fazer mais comentários, sugestões e acrescentar CDs. Apenas cinco enfermeiros o utilizaram e abaixo se apresenta o conteúdo dos comentários que teceram:

- Foi muito interessante participar do estudo. Além disso, algumas CDs poderiam ser desdobradas, uma vez que cada contexto de pesquisa é único, bem como o modo como a mulher/mãe se insere nele;
- “Conflito no desempenho de papel de mãe” é interpretado como situações em que a mãe ainda não encontrou um meio de contornar as situações conflitantes, sejam elas medo, preocupação ou ansiedade. A partir do momento em que ela já verbaliza soluções para resolução de problemas relacionados à patologia, o enfermeiro considera que ela está saindo do estado de conflito e passando para a resolução do mesmo. Vale a pena ressaltar que alguns itens elencados podem ter mais de uma consideração se for levado em conta a internação de crianças crônicas. As mães têm um processo de cuidar muito suficiente e até tentam implementá-lo no hospital, uma tentativa de manter neste a sua rotina doméstica para não se desestruturarem;

- Considerou adequadas todas as CDs apresentadas relacionadas ao diagnóstico em questão, mas algumas DOs tomaram-nas confusas ou semelhantes;
- Após a implementação do método Canguru e das mudanças na rotina da unidade de internação neonatal onde trabalha, observou muitas mudanças positivas no comportamento das mães;
- Sugestão de pesquisa mais abrangente em relação aos diagnósticos de recém-nascidos e não apenas relacionados às mães, como por exemplo: alteração na afetividade; choro, com melhora após aconchego e colo;
- Para responder teve que estudar, rever conceitos, aprender termos e definições, o que foi muito proveitoso para sua atuação como enfermeiro. Teve a oportunidade de se familiarizar com o DE e, com certeza, isso facilitará a implementação desta etapa no local onde trabalha;
- Sentiu dificuldade para responder alguns itens e admite que as respostas foram dadas na base do “eu acho”. Comenta que pouco se tem estudado a respeito de apego, vínculo e sentimento materno.

---

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### **6.1. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” e suas características definidoras**

Os resultados demonstraram que as CDs do DE “conflito no desempenho do papel de mãe” foram todas validadas pelos enfermeiros considerados especialistas neste estudo, inclusive as três CDs fictícias, obtendo-se um índice total de validação de 0,73.

Como apresentado na metodologia, embora o tamanho da amostra (59 enfermeiros) esteja dentro dos critérios estabelecidos por FEHRING (1987) para este tipo de validação, não se pôde seguir todos os critérios do método no que se refere à seleção dos sujeitos, uma vez que na realidade brasileira ainda são poucos os enfermeiros que fizeram mestrado, desenvolveram pesquisas, publicaram artigos ou participaram de cursos relevantes sobre DE. De acordo com OLIVEIRA (2001), no Brasil, observa-se a tímida utilização de modelos de validação de DEs devido a esta dificuldade de encontrar enfermeiros que se enquadrem nos critérios de inclusão, critérios estes que visam obter diagnosticadores hábeis e consistentes. Tal dificuldade se deve ao fato de que o desenvolvimento e a aplicação de DEs ainda é algo recente.

SANTANA e SAWADA (2002) também enfrentaram a mesma questão ao selecionar enfermeiros que pudessem ser considerados especialistas para o diagnóstico que desejavam validar.

A validação das CDs fictícias pode ter se dado por dois motivos. O primeiro seria a pouca experiência dos enfermeiros participantes com o DE em questão, visto que o cuidado é ainda muito centrado no RN nas unidades de internação neonatal (LUPTON e FENWICK, 2001), ou mesmo pouco contato com discussões sobre DE, visto o baixo número de pessoas que participaram de cursos sobre o assunto ou desenvolveram pesquisas na área. Além disso, é um dado considerável que pelo menos 19 enfermeiros não utilizem DEs.

O outro motivo pode ser o fato de que alguns DEs são bem parecidos, estão inter-relacionados e, conseqüentemente, suas CDs também. Como aponta CARPENITO (2002), este é mais um motivo para que os DEs presentes na Taxonomia sejam estudados, discutidos e submetidos a estudos de validação para complementações e diferenciações. Neste estudo, utilizou-se como fictícias duas CDs do DE “maternidade alterada” (“declarações negativas a respeito da criança” e “rejeição ou hostilidade para com a criança”) e uma do DE “Disposição para maternidade aumentada” (“mãe verbaliza disposição para melhorar o desempenho do papel materno” . Os quais, de fato, são relacionados ao DE deste estudo.

De acordo com CARPENITO (2002), muitos DEs aprovados pela NANDA são abstratos demais ou se sobrepõem a outros desnecessariamente, o que aumenta os erros diagnósticos na prática clínica. Tal consideração foi perceptível nos comentários e sugestões dos enfermeiros desta pesquisa.

Optou-se pela utilização da CD “mãe verbaliza disposição para melhorar o desempenho da maternidade” como fictícia por acreditar-se que seria mais facilmente identificável como “não característica” ou “bem pouco característica” do diagnóstico, o que foi confirmado durante o teste do questionário feito com quatro alunos de graduação em enfermagem. Entretanto, esta atingiu escore de 0,73 neste estudo.

Estes diferentes resultados entre os alunos e os profissionais podem ser explicados pelo fato dos primeiros serem mais atentos aos enunciados dos DEs e suas CDs, por terem maior contato que a maioria dos enfermeiros com este assunto. Além disso, durante as aulas há grande ênfase na importância da assistência que englobe as mães nas unidades de internação neonatal. Outra interpretação poderia ser que os enfermeiros, como apontado por um dos sujeitos desta pesquisa, consideram que, quando a mulher se preocupa em melhorar o seu desempenho como mãe, isto pode ser indicativo de que ela tenha problemas nesta área. De fato, examinando-se a Taxonomia da NANDA, verifica-se que para o DE “manutenção ineficaz da saúde” existe a CD “interesse expresso em

melhorar comportamentos de saúde”, indicando que quando o indivíduo expressa desejo de melhorar a sua saúde é porque ele a considera insatisfatória.

Quatro CDs, presentes na lista oficial da NANDA Internacional, obtiveram escores maiores que 0,80 e, portanto, foram definidas como **características definidoras maiores**:

- Mãe expressa preocupação(ões) com relação a mudanças no papel materno;
- Mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização;
- Mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança em casa;
- Mãe expressa preocupação(ões) em relação à saúde da família.

BACHION et al (2002) apontam que características definidoras maiores são evidências que, por si só, individualmente, são suficientes para indicar determinado diagnóstico e as definidoras menores são evidências que necessitam ser somadas a, no mínimo, mais uma para que se possa, com mais segurança, afirmar a presença do diagnóstico.

O estudo de WIESEKE et al (1994) foi o primeiro a fazer validação de conteúdo deste diagnóstico, usando o método FEHRING e submetendo-o também a 59 enfermeiros. No trabalho destes autores, as CDs consideradas maiores incluem expressões de inadequação dos pais quanto a assistência à criança no hospital e em casa, preocupações sobre mudanças no papel e sobre a perda de poder. Assim, na pesquisa destes autores, as características definidoras maiores foram aquelas que têm como foco o relacionamento entre os pais e a criança, enquanto que as menores foram as que contemplaram o relacionamento entre os pais e outros membros da família.

A CD “mãe expressa preocupação com relação a mudanças no papel materno” também foi apontada por CARPENITO (1997, 2002) como um indicador crítico para este diagnóstico, assim como no trabalho de WIESEKE et al (1994).

As mães durante a hospitalização dos RNs precisam lidar com o desempenho de um papel que é absolutamente diferente daquele idealizado e esperado por elas, como já colocado anteriormente (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; ZABIELSKI, 1994; KIMURA, 1997; VIEIRA e ROSSI, 2000; FRAGA, 2002). Assim, esta CD é extremamente representativa para este DE.

KEMP et al. (1990) afirmam que o ajustamento das mulheres ao papel materno é algo muito importante, visto que a qualidade das interações entre mães e bebês afeta estes últimos em seu desenvolvimento cognitivo, lingüístico e social.

Numerosos fatores interferem no desempenho do papel materno, como cultura, socialização, idade materna, percepção da experiência do nascimento, estresse, suporte social, autoconceito, traços da personalidade materna, as atitudes e características da criança. Outro aspecto seria a qualidade das interações com o feto, já durante a gestação. A percepção das mães quanto ao nascimento é uma entrada formal para a maternidade, ou seja, sua visão está relacionada ao seu conhecimento desde a infância, expectativas, manutenção de controle da situação ao longo do parto e nascimento e a presença de pessoas que proporcionaram suporte (KITZINGER, 1978; MALDONADO, 1989; KEMP et al., 1990). Tais considerações demonstram a importância de uma avaliação pré-natal que identifique as dificuldades maternas já na gestação para o adequado acompanhamento e intervenções.

A mãe é tida como o componente natural do processo de maternagem, este entendido aqui como um sistema de cuidados promovidos, pela mãe ou por adultos, para suprir as necessidades dos bebês, aliviar as sensações de desconforto e contribuir para sua organização mental. Neste processo de

maternagem, cabe à mãe proporcionar a tradução do mundo, proteção física, aconchego, afeto, comunicação e vivências indispensáveis ao bebê, uma vez que o pleno desenvolvimento infantil requer mais do que alimentação e higiene (BRETAS e SILVA, 1998).

Como ocorre nas unidades de internação neonatais, separar-se uma mãe de seu bebê, antes que ela esteja pronta para compartilhá-lo com outras pessoas, pode diluir seu sentimento de competência e importância (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992).

Deve-se considerar ainda o fato de que, para as mães, poder tocar e cuidar é estar por inteiro com o filho. É a confirmação de que o filho é delas e não dos profissionais (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; BOUSSO e ANGELO, 2001; TRONCHIN, 2003).

As discordâncias entre as CDs identificadas como maiores neste estudo e no de WIESEKE et al (1994) foram quanto à “mãe expressa preocupação sobre a perda percebida de controle sobre as decisões relacionadas ao filho” e “mãe expressa preocupação(ões) em relação à saúde da família”.

Embora a literatura aponte como algo muito importante e freqüente essa perda de controle reconhecida pelas mães (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; BOUSSO e ANGELO, 2001; LUPTON e FENWICK, 2001), segundo a avaliação dos enfermeiros deste estudo não é tão característico para este diagnóstico a ponto de estar entre as CDs maiores. Isto pode se dar em função dos enfermeiros acreditarem, como mostram alguns estudos (BARBOSA, 1999; TRONCHIN, 2003), que promovem assistência na qual as mães têm muita oportunidade de participar dos cuidados e são valorizadas dentro do processo de decisão quanto aos cuidados dos filhos; ou ainda, como discute GUARESHI (2003), porque não se dão conta deste sinal apresentado pelas mães em função da falta de abertura e/ou percepção quanto à comunicação verbal e não-verbal das mães.

Porém, ter como CD maior “mãe expressa preocupações em relação à saúde da família” pode ser interpretado como um grupo de enfermeiros mais sensibilizado às grandes dificuldades vivenciadas pelas mães que têm filhos hospitalizados e também têm uma família em casa, com a qual também se preocupam muito. Além disso, vai ao encontro da nova abordagem assistencial que considera o contexto familiar (BELLI, 1995; CUNHA, 2000; BOUSSO e ANGELO, 2001; LUPTON e FENWICK, 2001; McGRATH, 2001; MOREIRA, 2001; COLLET e ROCHA, 2004).

As demais características definidoras maiores apontadas neste estudo (sentimentos de inadequação para suprir necessidades da criança em casa ou na hospitalização e preocupação quanto à mudanças no papel materno) também têm amplo suporte na literatura que aborda a dificuldade vivenciada pelas mulheres/mães para desempenharem seu papel materno na unidade de internação neonatal, descrevendo tais sinais (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; ZABIELSKI, 1994; KIMURA, 1997).

Outra CD que CARPENITO (1997, 2002) aponta como maior, “distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado”, não foi confirmada como tal tanto no estudo de WIESEKE et al (1994) quanto no presente, obtendo neste último um escore de 0,59. Este resultado pode estar relacionado à dificuldade que alguns enfermeiros relataram para entender a CD e sua DO ou mesmo de concordar que falta de habilidade ou desinteresse possam ser um distúrbio.

De fato, a palavra “distúrbio” presente nesta CD deveria ser melhor esclarecida, ou seja, deveriam ser descritos quais comportamentos seriam considerados como distúrbio nas rotinas de cuidado, isto para que os enfermeiros fizessem a mesma leitura desta CD. Houve grande dificuldade para elaborar a DO, pois havia várias interpretações possíveis, o que também foi confirmado pelos comentários dos juízes.

As observações dos enfermeiros sobre as CDs demonstraram que os DEs não podem ser generalizados, mas que precisam ser estudados e adequados às especificidades da clientela (cultura, idade, grau de complexidade da assistência requerida, por exemplo), como apontam LEWIS-ABNEY e ROSENKRANZ (1994) e CARPENITO (2002).

Além disso, verificou-se que desenvolver e testar DOs para as CDs pode fornecer detalhes necessários para aumentar o uso dos diagnósticos nas atividades assistenciais, como sugerido por diversos autores (WIESEKE et al, 1994; BRUKWITZKI et al., 1996; WHITLEY, 1996; WHITLEY, 1999).

## **6.2. Sugestões e comentários dos enfermeiros sobre o DE “conflito no desempenho do papel de mãe” e suas características definidoras**

O fato de que, dentre os 59 sujeitos, apenas 14 fizeram comentários e sugestões sobre o DE e suas CDs pode ser considerado uma limitação do estudo em função do tamanho da amostra e do perfil da mesma quanto à realização de estudos e pesquisas sobre DE e relação mãe-filho. Constatou-se que os sujeitos que realizaram os comentários foram aqueles que tinham algum diferencial na formação, além da experiência assistencial.

Por outro lado, McFADDEN e GUNNETT (1992) discutem que as características relacionadas às crianças são mais facilmente e freqüentemente identificadas pelos enfermeiros que atuam em unidades infantis do que aquelas relacionadas às mães. É também dada menor atenção à avaliação das questões que envolvem as interações entre ambos e o vínculo. Também se observa que as dificuldades das crianças são mais enfocadas que as das mães. Assim sendo, pode-se explicar porque se torna difícil para muitos enfermeiros discutir CDs de um DE voltado para as mães, principalmente para enfermeiros neonatais, os quais vêm acompanhando uma assistência que se desenvolveu ao longo de muitos anos sem a presença materna. Logo, trata-se de um aprendizado lidar com as mães.

Os comentários e sugestões, como abordado anteriormente, denotam a grande necessidade de que as CDs sejam melhor descritas para um bom entendimento por parte dos profissionais e direcionamento adequado das intervenções. Assim, mostra-se necessário que os estudos de validação se dêem em diferentes locais para que se possa descrever adequadamente as especificidades de cada clientela e enriquecer a avaliação da enfermagem.

CRUZ (1992) refere que uma das complicações que advém da padronização da linguagem é que a denominação do diagnóstico envolve um conceito que deve apreender e comunicar, sucintamente, a situação que ele pretende designar. Nesse aspecto as dificuldades são muitas, visto que, aos termos propostos podem ser atribuídos diferentes significados.

Acredita-se que isto reafirma a necessidade de ajustes dos termos através de validações e uso de DOs, buscando-se significados que sejam, o melhor possível, representativos das situações reais. Além disso, o desenvolvimento de validações clínicas é de grande valor para o aperfeiçoamento dos diagnósticos.

Enquanto não se tem palavras que explicitem quais as situações em que se pretende intervir, os enfermeiros não se sentem pressionados para desenvolver os conhecimentos, habilidades e experiência relacionados a essas situações (CRUZ, 1992). Por isso, considera-se importante desenvolver estudos de validação sobre o DE “conflito no desempenho do papel de mãe”, para que haja mobilização no sentido de atuar neste evento nas unidades neonatais.

O grupo de enfermeiros consultados nesta pesquisa considerou a definição deste DE, “mãe experimenta confusão e conflito no desempenho de seu papel em resposta a uma crise” (NANDA, 2002), adequada, uma vez que a única sugestão apresentada (“mãe mostra-se confusa e com conflito no desempenho de seu papel em resposta a uma crise”) não a altera substancialmente.

Duas CDs foram sugeridas por uma enfermeira: “mãe não sabe reconhecer as respostas comportamentais do filho (sinais do bebê) aos estímulos” e “mãe se mostra desinteressada por conhecer a evolução do bebê internado”. As quais, embora não avaliadas neste estudo, parecem ser pertinentes ao DE. Pode-se considerar neste caso, mais uma vez, que se colocam a dar contribuições, fazer comentários e sugestões aqueles que têm uma formação acadêmica maior, uma vez que a enfermeira que fez esta sugestão é docente, doutora, já realizou pesquisas sobre o tema deste trabalho e já participou de curso sobre DE.

Este diagnóstico, segundo CARPENITO (2002), descreve o desafio que enfrenta a capacidade de funcionamento efetivo da mulher enquanto mãe frente a fatores externos. Neste estudo trata-se como fator externo à hospitalização, mas a autora aponta outras situações como doença, divórcio ou um novo casamento. Se a mãe não receber auxílio na adaptação de seu papel aos fatores externos que se apresentam, o “conflito no desempenho do papel de mãe” pode levar a “maternidade prejudicada”, o qual é definido, segundo a NANDA (2002), como “incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova ótimo crescimento e desenvolvimento da criança”.

Portanto, neste trabalho, o fator externo considerado como o que desencadeia a crise é a hospitalização. De acordo com KLAUS e KENNEL (1992), crise é um período de tempo limitado, de desequilíbrio ou de perturbações comportamentais e subjetivas, sendo desencadeado por uma exigência inevitável ou por uma carga a qual a pessoa está temporariamente incapaz de reagir adequadamente. Ao longo deste período, a pessoa lida com o problema e desenvolve novos recursos, buscando-os tanto através de reservas internas quanto de auxílio de outros. Neste processo a pessoa readquire o equilíbrio.

A primeira CD presente na lista oficial da NANDA é “mãe expressa preocupação(ões) com relação a mudanças no papel materno, ao funcionamento da família, à comunicação da família e à saúde na família”. Entretanto, neste estudo, foi desmembrada em quatro CDs por acreditar-se que se proporcionaria

uma melhor avaliação dos componentes da mesma e por considerar-se que realmente havia aspectos distintos entre si. Entretanto, este desmembramento levou alguns enfermeiros a apontar que estas CDs eram semelhantes entre si e havia algo de repetitivo nas DOs.

A seguir discute-se os comentários e sugestões que cada CD validada recebeu.

***“Mãe expressa preocupação com relação a mudanças no papel materno”***

Um dos enfermeiros propôs que seria melhor descrever o sinal como “mãe expressa dificuldade de adaptação ao papel materno”.

Embora a sugestão seja interessante, tratam-se de dois sinais distintos: um deles seria a mãe ter dificuldade em adaptar-se ao papel materno e o outro, o que se entende como o proposto pela NANDA, seria ela expressar preocupação em relação às mudanças que percebe em seu papel materno. Assim, a CD proposta pela enfermeira deveria ser melhor descrita também.

***“Mãe expressa preocupação(ões) em relação ao funcionamento da família”***

Esta CD foi considerada como muito aberta e de difícil compreensão, sendo fundamental o uso da DO para melhor compreensão, sendo sugerido o uso de “dinâmica familiar” em vez de “funcionamento familiar”. Mais uma vez identificase a grande importância das DOs para os estudos de validação bem como para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem (WALL et al., 1994; OLIVEIRA, 2001).

De fato, esta CD parece ampla porque também é amplo o papel que as mulheres/mães desempenham junto às suas famílias e sua responsabilização quanto a todas as questões que a envolvem, como o seu funcionamento, a

comunicação entre os membros e a saúde dos mesmos. HOGA et al. (2000) demonstram bem isto em seu estudo sobre o papel materno na família de baixa renda. As mulheres assumem o papel da pessoa que está sempre zelando pelo bem-estar dos filhos. Existe uma inquietação e cuidado que se traduzem como uma atenção permanente a tudo que envolve a família, em especial aos filhos, tanto no aspecto material quanto humano. Esta sensação de obrigação para com o desempenho de múltiplos papéis faz da mulher uma figura sempre ocupada ou preocupada com algo, pois, é concebida como a pessoa central e essencial no seio da família. Talvez também seja esta a justificativa para que todos estes aspectos estejam presentes em uma única CD como proposto pela NANDA.

VIEIRA e ROSSI (2000) identificaram o DE deste estudo em mães de bebês hospitalizados e apontam que os afazeres da casa, o cuidado com os outros filhos e a baixa renda implicaram em um número menor de visitas aos bebês internados. Por outro lado, as visitas também alteraram toda a rotina familiar. Ambas as situações foram fontes de muito estresse para as mães, sendo esta CD identificada no estudo das autoras. Sendo um sinal observado em outras pesquisas (BOUSSO e ANGELO, 2001; MOREIRA, 2001; FRAGA, 2002; TRONCHIN, 2003).

A sensação de comprometimento da independência, dos riscos em relação ao trabalho, do funcionamento da casa, da adaptação do casal ao longo do casamento, faz com que o nascimento de um bebê seja uma ameaça, principalmente quando ele precisa de cuidados hospitalares. Ameaça esta que pode ser sentida de forma mais ou menos sutil (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989).

***“Mãe expressa preocupação(ões) em relação à comunicação na família”***

Como já discutido, foi apontado pelos enfermeiros que esta CD é muito semelhante à anterior. Um deles comentou as dificuldades maternas para

compreender as informações dadas pela equipe, o que leva a constantes retomadas de assuntos já abordados junto às mães, bem como a freqüente demonstração de insegurança destas quanto a assumir os cuidados dos filhos em casa.

Pode-se depreender que o enfermeiro está apontando como uma possível CD a dificuldade de comunicação apresentada pelas mães e já relacionando esta dificuldade com a insegurança materna quanto ao cuidado que terá que desempenhar. Se algo fosse descrito neste sentido, poderia ser “mãe apresenta dificuldade para assimilar informações devido à ansiedade e/ou insegurança quanto ao desempenho do papel materno”. Entretanto, já existe neste DE uma CD que contempla a dificuldade materna quanto a cuidar do bebê, tanto em casa quanto no hospital.

É freqüente a constatação de que muitas mães não assimilam as informações que lhes são dadas. Este tipo de alienação auditiva é um sinal de angústia. A negação, ou o fato de agirem como se não tivessem escutado é uma defesa contra a sensação sufocante de uma responsabilidade imposta. Trata-se de um mecanismo de defesa efetivo, porém, pode interferir com a capacidade de compreender informações necessárias e mesmo de agir adequadamente (BRAZELTON, 1988; KLAUS e KENNELL, 1992).

Vendo-se a questão sob outra perspectiva, no que se refere à comunicação, GUARESHI (2003) mostrou em seu trabalho a dificuldade da equipe de enfermagem em estar atenta ou perceber as mensagens verbais e não-verbais emitidas pelas mães, sejam de tristeza, sejam de solicitação de ajuda ou alegria. Considera-se que existe ainda uma outra possibilidade: alguns profissionais podem não conseguir fornecer informações às mães de maneira adequada, o que traz transtornos para estas e para a equipe de saúde.

Esta CD traz como sinal a manifestação de preocupação da mãe sobre como está se dando o processo de comunicação na família. Este processo de

comunicação é entendido aqui, de acordo com STEFANELLI (1993), como o processo de compreender e compartilhar mensagens recebidas. Sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá o seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas a curto, médio ou longo prazo.

### ***“Mãe expressa preocupações em relação à saúde da família”***

Esta CD foi comentada por três enfermeiros. Recebeu as seguintes sugestões de escrita: “mãe expressa/verbaliza preocupação em relação à saúde de familiar(es)” e “mãe expressa preocupação com a integridade da saúde dos familiares”.

A primeira sugestão parece direcionar a preocupação materna para um membro ou para alguns membros da família especificamente. Ao passo que a segunda parece dar a idéia de manutenção de uma situação de saúde. A CD proposta pela NANDA parece mais adequada por dar oportunidade de se interpretar uma situação mais abrangente, na qual pode-se estar falando da família em geral, de um membro específico e que tal preocupação pode ser em decorrência de uma doença já instalada ou de uma preocupação com a prevenção de um problema potencial. Poderia-se inclusive descrever cada situação, uma vez que as questões de saúde da família são bastante diversas e contextualizadas.

Um enfermeiro apontou esta CD como “absolutamente não característica” e afirmou que, ao expressar preocupações em relação à família, a mulher/mãe está sabendo lidar com a nova situação e está em busca de equilíbrio na distribuição das funções de mãe e mulher. Acredita-se que ele pareceu não considerar a enorme carga que as mulheres carregam ao sentirem-se responsáveis por tudo que envolve a família e o quanto isto é desgastante. Outro enfermeiro, por sua vez, já considerou este aspecto ao comentar que nota o quanto é conflitante para as mães estarem ausentes de seus lares para permanecerem ao lado dos filhos internados.

Agora se percebe que para discutir tal CD seria interessante ter definido melhor o que se entende por “saúde da família”, o que infelizmente não foi bem colocado na DO. Esta se limitou à preocupação expressa pela mãe quanto às necessidades de outros familiares que poderiam não estar sendo satisfeitas para promoção e manutenção da saúde, em função de sua ausência, como discutido por alguns autores (BELLI, 1995; CUNHA, 2000; McGRATH, 2001).

Segundo CIANCIARULLO (2002), existe hoje uma reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios. A atenção centra-se na família, entendida e situada a partir de seu ambiente físico e social, com suas crenças e valores identificados, o que favorece a compreensão ampliada do processo saúde/doença, levando-se em conta o contexto de um território definido geográfica e administrativamente. Para esta autora, quando se aborda a questão da saúde da família há de se defini-la pela expressão dos significados expressos pelos seus membros.

A família tem como pressupostos básicos o desenvolvimento emocional, a socialização, a organização dos papéis e das relações de seus membros com a comunidade e a preservação do patrimônio. É considerada o mais importante contexto, atualmente, em que as ações de saúde se materializam. Sua participação inicia-se desde o momento da definição da necessidade de buscar ajuda, a quem recorrer, até a adesão às condutas indicadas pelos profissionais de saúde e incorporação, validação ou não destas condutas e bem como seguimento de orientações para melhoria ou manutenção das condições de saúde (CIANCIARULLO, 2002).

A própria consideração sobre o que seria a família, de acordo com esta autora, é algo a ser esclarecido e validado junto ao cliente, uma vez que pode-se referir a descendentes (filhos, netos e bisnetos), com ou sem referência aos ascendentes ou membros colaterais, como tios e primos. Morar na mesma casa pode dar outra conotação à palavra família, mesmo que não haja parentesco, pois

morar junto pode implicar em ter responsabilidade material e afetiva entre as pessoas, podendo ser esta situação um dos indicadores de “ser uma família”.

***“Mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização”***

Esta CD é descrita na NANDA em associação com a seguinte, sendo “mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização e em casa”.

Foi sugerido que fosse escrita “mãe expressa preocupação/sentimentos de inadequação para suprir as necessidades físicas/emocionais do filho hospitalizado”, o que parece enfatizar a questão do filho hospitalizado. Embora não altere significativamente a CD, concorda-se plenamente que a palavra “filho” sugere “mais proximidade”, sendo “criança” mais impessoal.

Um dos enfermeiros que a comentou considerou-a como “de algum modo característica” justificando que se trata de um sentimento menos freqüente no período de internação e mais significativo no momento da alta. O que contradiz o apresentado na literatura, a qual tanto evidencia esta preocupação materna (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992; ZABIELSKI, 1994; BARBOSA, 1999; MELLO et al., 2000; MOREIRA, 2001; TRONCHIN, 2003). Esta consideração do enfermeiro mostra que, como apontado por FRAGA (2002) e GUARESHI (2003), os integrantes da equipe de enfermagem não são atentos às dificuldades e necessidades maternas, não as incluindo em seus planos de cuidados. Uma vez que as ações de enfermagem com o intuito de preparo da mãe para a alta geralmente não se dão conscientemente ao longo da internação, como deveria ser, e sim muito próximo à alta ou no dia da mesma, os enfermeiros podem não perceber preocupações anteriores a esta preparação oficial.

A literatura enfatiza a importância de preparar a família para a alta hospitalar durante toda a hospitalização com o objetivo de reduzir a ansiedade, aumentar a autoconfiança no cuidado do bebê e facilitar a adaptação no ambiente domiciliar. Esta visão tem-se tornado uma tendência em neonatologia e a equipe de enfermagem desempenha papel fundamental na implementação desta prática. Entretanto, é também essencial respeitar a disposição das mães no cuidado ao filho, dar tempo e espaço para que aprendam a trabalhar suas emoções e ajudá-las a perceber sua capacidade de cuidar do filho (MALDONADO, 1989; BARBOSA, 1999; MOREIRA, 2001; GUARESHI, 2003; TRONCHIN, 2003).

***“Mãe expressa preocupação(ões) / sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança em casa”***

A única sugestão que esta CD recebeu foi que a palavra “criança” deveria ser substituída por “filho”, com a qual concorda-se, como na CD anterior.

O enfermeiro deve estar aberto para observar a presença desta CD, pois, para BRAZELTON (1988), a alta é um momento que representa para os profissionais uma sensação de dever cumprido e têm pressa para enviar os bebês para casa, dando freqüentemente instruções apressadas que seriam melhor compreendidas se fornecidas de forma que as mães conseguissem assimilá-las em seu próprio tempo. Como dito anteriormente, o ideal é que isto ocorra ao longo da internação. KLAUS e KENNEL(1992) falam da importância de haver condições para as mães ficarem na unidade cerca de dois a três dias assumindo os cuidados dos RNs integralmente antes de levarem-nos para casa, sendo as cuidadoras principais e os enfermeiros apenas seus consultores. O que equivaleria a fazer um primeiro vôo com um co-piloto antes de voar sozinho.

O momento da alta sem dúvida é de muita felicidade para as mães, mas também causa muita insegurança quanto a assumir completamente os

cuidados dos bebês (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; ZABIELSKI, 1994, MELLO et al., 2000; MOREIRA, 2001; FRAGA, 2002; TRONCHIN, 2003).

O estudo de TRONCHIN (2003) mostra relatos de mães e pais que demonstram quão difícil é a rotina pós-alta devido à adaptação às necessidades dos bebês, acompanhamentos e retornos com médicos e enfermeiros, fisioterapia, fonoaudiologia, reinternações, ou seja, viver em função do bebê quase que todo o tempo. Além disso, as mães começam a perceber melhor em casa, em muitos casos, o déficit do desenvolvimento do bebê e verbalizam o desejo de que isso se reverta.

Levar um bebê para casa é sempre um processo de adaptação, um obstáculo a ser transposto, não importa quão bem tudo tenha corrido no nascimento, na hospitalização, na adaptação dos pais e família. Somente com o tempo e com a experiência é que as mães e famílias vencerão este processo, ou seja, os temores passarão e as mães vão aprender a confiar em si mesmas (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992). As redes de apoio familiar, social e institucional são componentes fortalecedores neste processo de adaptação.

Portanto, verifica-se que a mulher/mãe que tem um bebê internado passa por um duplo processo de adaptação. O primeiro, segundo ZIEGEL e CRANLEY (1985) seria a adaptação à chegada do novo membro, embora esteja sendo mantido no hospital, e tudo o que isto implica para ela e a família (aumento das relações intra e extrafamiliares, realinhamento das funções, mudanças na relação do casal, nas finanças e no modo como o tempo é gasto). E, posteriormente, a adaptação e reorganização da família para realmente receber o bebê em casa, o qual pode ainda necessitar de cuidados mais complexos.

KITZINGER (1978) discute muito bem a questão da insegurança materna quando aponta que a escola e o trabalho costumam ensinar as mulheres a orientar-se para uma tarefa, a medir as realizações em termos de produto

acabado e a organizá-las em blocos de tempo dentro de uma divisão do trabalho. Entretanto, os cuidados com crianças e a sua socialização são processos altamente emocionais, não havendo um método perfeito para eles. Além disso, à medida que as crianças crescem exigem coisas diferentes das mães, o que significa que estas nunca podem aperfeiçoar suas “técnicas”, mas têm de se manter flexíveis e capazes de se adaptar às novas situações. Assim, a própria natureza dinâmica da maternidade é a causa de muitas mulheres se sentirem inseguras. O que é agravado quando se tem um bebê que necessita de cuidados especiais.

Esta mesma autora aponta ainda que cada vez é mais tradicional que as mulheres tenham seus bebês nos hospitais, abandonando seus “ninhos” para dar à luz entre pessoas que lhes são geralmente estranhas, em um contexto em que as crianças se tornam propriedade do hospital. Ela discute que este também pode ser um motivo pelo qual tantas vezes se verifica uma crise no momento do regresso ao lar, onde, pela primeira vez, as mulheres têm que arcar com as responsabilidades de ter um bebê, responder aos seus apelos de forma adequada e assumir o papel de mãe.

Falta à equipe de saúde a capacidade de intervir menos e deixar fluir a relação mãe-filho (KITZINGER, 1978; MALDONADO, 1989; WINNICOTT, 1999).

***“Mãe expressa culpa por contribuir para a doença da criança pela falta de conhecimento e julgamento”***

Esta CD foi considerada como difícil de pontuar porque não é observável de imediato no contato com as mães, segundo a enfermeira que a comentou. Embora este profissional tenha apontado também que em algum momento pode ser perceptível.

Houve a sugestão de que a CD fosse dividida em duas: 1. “mãe expressa/verbaliza sentimento de culpa por contribuir para o adoecimento do filho” e 2. “mãe expressa conhecimento insuficiente/julgamento inadequado sobre a

doença de seu filho”. Este desmembramento levaria à construção de duas CDs bem distintas, o que se considerou interessante. Na primeira, o sentimento materno de culpa está relacionado à percepção de que de alguma forma contribuiu para a doença do filho. Na segunda, a mãe demonstra que precisa ser melhor orientada sobre a doença de seu filho, mas não se atribui culpa.

O enunciado da CD proposta pela NANDA pode dar margem, de fato, a duas interpretações possíveis, as quais não foram apontadas pelos sujeitos de pesquisa: 1. a mãe considera que a falta de conhecimento e julgamento levaram-na a fazer algo que prejudicasse o bebê ou, ainda, 2. a sua falta de conhecimento ou julgamento fazem com ela se atribua uma culpa que não tem. Talvez isto não tenha sido comentado pelos enfermeiros porque a DO baseou-se na primeira opção. Portanto, a sugestão do enfermeiro é bem relevante.

Existe um medo por parte das mulheres de causar danos aos seus bebês, assim, constantemente se questionam quanto aos atos e sentimentos que podem trazer conseqüências negativas para eles. Se algo dá errado, é inevitável que se sintam culpadas. Muitas se atribuem culpas que não têm, o que representa um exemplo das forças poderosas da culpa, prontas para surgir e sobrecarregar as mulheres/mães por qualquer coisa que dê errado (MARTINS, 1956; KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; ZABIELSKI, 1994; HOGA, 2000; TRONCHIN, 2003).

As cobranças são tamanhas que podem impedir as mulheres de desfrutar os momentos bons enquanto mães. Assim, os profissionais de saúde devem se esforçar para ajudá-las a diferenciar a culpa desnecessária das reais responsabilidades (BRAZELTON, 1988; KLAUS e KENNEL, 1992). Porém, para isso é necessário que consigam perceber as cobranças que fazem.

As mulheres são muito cobradas pelos profissionais de saúde no que se refere ao cuidado e dedicação que devem ter ao filho, o que aumenta ainda mais seu sentimento de responsabilidade por aquilo que não obtiver o resultado

esperado. Quando são cobradas quanto ao leite ordenhado que deveriam trazer, por exemplo, dependendo de como isso é abordado, podem entender que o leite significa a sobrevivência do filho. Uma vez que a extração pode tornar-se difícil a cada dia, pode aumentar muito o sofrimento materno e seu sentimento de responsabilidade pela condição do filho (TRONCHIN, 2003).

***“Relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio”***

Para esta CD foi sugerida a seguinte descrição: “mãe expressa comportamento de resistência em participar do cuidado do filho”. Outro enfermeiro apontou que falta descrever melhor de quem vem o apoio e substituir a palavra “usuais” por “habituais”, mas não justificou esta última consideração.

Foi comentado que a relutância da mãe em participar pode ser decorrente do tipo de relacionamento que a equipe de enfermagem estabeleceu com ela, o que demonstra a percepção deste profissional sobre o quanto a equipe pode influenciar no relacionamento mãe-filho. Outra afirmação apresentada foi que as mães que sentem medo de manipular o filho prematuro são as que mais têm o conflito em relação ao desempenho de seu papel.

Segundo outro enfermeiro, a relutância se dá pela insegurança quanto à capacidade de desempenhar as atividades de cuidado. O que demonstra uma certa desvalorização deste sinal por parte do mesmo como CD do DE em estudo, o que foi confirmado pela assinalação de “bem pouco característico”.

As dificuldades apresentadas pelas mães no desempenho de suas tarefas podem estar relacionadas às circunstâncias vividas por ela, as quais levam-na a um estado de dependência, colocando temporariamente as atividades nas mãos da equipe. De acordo com WINNICOTT (1999), tanto quanto respeitar a independência das mães, da mesma forma deve-se respeitar a dependência de algumas que só conseguem passar por toda a experiência se transferirem o controle às pessoas que prestam assistência.

Esta é uma CD que deve ser investigada com cuidado. Isto considerando o que apresenta GUARESHI (2003): falta atenção por parte da equipe de enfermagem ao quanto as mães estão prontas para determinadas tarefas. Ou ainda, falta simplesmente perguntar se gostariam ou não de colocar no colo em vez de já ir colocando-o, sem notar o medo, o receio que as mães podem apresentar nesta situação. Esta insegurança pode ser demonstrada pela comunicação não-verbal.

Parece óbvio para a equipe de enfermagem que os pais sempre vão querer pegar os filhos no colo e assim se deixa de considerar os pensamentos e sentimentos dos mesmos, negando-lhes o direito de ser uma pessoa com seu próprio modo de agir, pensar e sentir, uma pessoa que tem seu próprio ritmo de enfrentamento da situação (BARBOSA, 1999; GUARESHI, 2003).

É muito difícil para as mulheres que passaram por uma gestação complicada e/ou um nascimento de bebês prematuros ou doentes manterem-se bem dispostas a cuidar deles. Elas defendem-se das dúvidas terríveis quanto à sobrevivência deles e dos sentimentos igualmente terríveis, mas inexprimíveis de culpa por terem feito nascer bebês em condições tão perigosas. Não é de se admirar que queiram fugir, esconder-se ou proteger-se em uma depressão, ou alienar-se para evitar a situação de ter que cuidar de bebês nestas condições. Tais respostas são previsíveis e não devem ser consideradas como anormais (BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992). Entretanto, estas respostas devem ser identificadas e as mães auxiliadas a transpor esta fase.

O mais surpreendente e encantador não é como os pais defendem-se contra tal sentimento, mas que possam superar estes sentimentos e começar novamente, vinculando-se aos bebês que sentem ter posto em perigo (BRAZELTON, 1988).

Existem inúmeros cursos e palestras que visam ensinar coisas às mulheres para que se tornem melhores mães e produzam um artigo de melhor qualidade – as crianças (KITZINGER, 1978). Mesmo a equipe de enfermagem lança mão de tais artifícios. Entretanto, segundo KITZINGER (1978), não existem provas suficientes de que a simples aquisição de informações e encorajamento possibilitem isso. Para esta autora, pelo contrário, intelectualizar a maternidade pode fazer com que se torne mais difícil. Pois, aquilo que as mulheres têm que fazer com os bebês não se trata apenas de uma questão técnica, mas uma expressão de sua personalidade e da relação que têm com ele. A maternidade envolve uma série de emoções, consideradas boas e más, sendo que todas são válidas.

#### ***“Distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado”***

A palavra “distúrbio” dá a idéia de algo mais intenso e significativo e uma vez que a CD também traz que isso se dá nas “rotinas de cuidado”, pode-se pensar nesta direção quando se considera os cuidados habitualmente desempenhados. Logo, esta CD deve ser melhor descrita e o “desinteresse” seria um sinal de maior valor nesta situação. Pode-se pensar também em descontrole emocional. Mesmo utilizando-se a DO, esta CD não se mostrou suficientemente clara e objetiva. Mostra-se necessário descrever o comportamento que sugere o desajuste e em quais situações se apresenta, como foi sugerido por um dos juízes.

Esta CD foi comentada por cinco enfermeiros e se verificou o quanto a palavra “distúrbio” é inapropriada, pois pode ser interpretada de diversas formas e que o uso de “falta de habilidade” e “desinteresse” na DO também levantou relevantes questionamentos.

Um enfermeiro sugeriu que a CD fosse escrita “mãe expressa comportamento de inabilidade ou falta de empenho nos cuidados habituais do filho”. Esta sugestão torna o sinal a ser observado mais definido, o que era o

objetivo da DO, mas também peca pelo fato apontado pelos outros enfermeiros: a “inabilidade” é algo diferente de “falta de empenho” quando se pensa em rotinas de cuidado. O comentário a este respeito foi que a mãe pode apresentar falta de habilidade simplesmente por não ter tido contato anterior com o RN, o que é totalmente diferente da falta de interesse. O desinteresse foi apontado como mais preocupante do que a falta de habilidade.

Concorda-se com a proposta de um enfermeiro: que esta CD fosse desdobrada para abranger as duas situações mencionadas na DO (falta de habilidade e desinteresse demonstrado), embora ele acredite que se trata mais de falta de habilidade.

Outro enfermeiro não a considerou característica do diagnóstico por vê-la como muito semelhante à “relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio”. Entretanto, procurou-se fazer a distinção através da DO ao mostrar que a falta de habilidade ou desinteresse, neste caso, esteve presente em cuidados que habitualmente se realiza, como dito anteriormente, e que a relutância está mais relacionada à insegurança.

Na versão original da NANDA esta CD é “demonstrated disruption in caretaking routines”, o que dá a idéia de descontinuidade, que algo causou desordem no que anteriormente estava caminhando bem. Em função disto foi feita a DO “falta de habilidade ou desinteresse demonstrados durante a realização de cuidados (verificar temperatura, trocar fraldas, alimentar, amamentar) que habitualmente desempenha”.

Quando os bebês estão internados e verifica-se que as mães passaram a telefonar e visitar menos, que já não desejam participar dos cuidados, a equipe preocupa-se quanto a como deve estar o desenvolvimento do apego. Porém, é um sinal característico por parte das mães que estão vivenciando o crescimento de responsabilidades e estão amedrontadas com isto. Não importa quanto tenham aprendido sobre os bebês, o medo geralmente ocorre. A responsabilidade de

cuidar dos bebês revive todas as ansiedades não resolvidas do nascimento e todo o sentimento de tristeza por terem produzido bebês com problemas: o luto, a culpa, o medo de piorar ainda mais a situação, o desejo de deixar em um local seguro. Todas as antigas defesas contra sua tristeza e sentimentos de inadequação tendem a voltar (BRAZELTON, 1988). Assim, esta CD parece bem característica deste DE, considerando-se o contexto da unidade de internação neonatal.

***“Mãe expressa preocupação sobre a perda percebida de controle sobre decisões relacionadas ao filho”***

O único comentário que esta CD recebeu foi quanto à DO: que não foi esclarecedora e que isso levou a dar uma pontuação mais baixa. Isto demonstra o quanto seria enriquecedor para este tipo de estudo a oportunidade de discutir mais e melhor as CDs e as DOs com os enfermeiros participantes. Portanto, isto se mostra como mais uma limitação do presente estudo e como um aspecto a ser considerado para os futuros.

COLLET e ROCHA (2004) apontam o quanto as mães que têm seus filhos hospitalizados precisam negociar os cuidados prestados a eles no que se refere à sua participação, com o mínimo poder de decisão sobre em que medida e de que forma participarão destes cuidados. As autoras apontam que, embora a presença materna seja uma realidade cada vez mais intensa, nem a equipe de enfermagem nem as mães têm clareza quanto à atual condução da assistência e os acordos feitos entre elas, ou seja, como se dá essa negociação quanto ao cuidar da criança hospitalizada.

A partir do momento em que as mães têm seus filhos hospitalizados passam a não saber a natureza e a extensão daquilo que podem fazer em relação a eles. Porém, as mães vão descobrindo como se posicionar no cotidiano da assistência e vai se estabelecendo uma relação entre a enfermagem e as mães

mais de dominação-subordinação do que de colaboração ou co-participação (COLLET e ROCHA, 2004).

Quem determina o que deve ser feito é a equipe do hospital, pois está em uma posição de controle. As mães muitas vezes aceitam, embora não concordem, pois, sentem que estão em uma posição na qual é difícil encontrar estratégias para negociar e persuadir a equipe, principalmente a de enfermagem. Esta negociação é um dos fatores geradores de estresse, o que é menos problemático quando os enfermeiros são mais flexíveis e abertos a ela, segundo COLLET e ROCHA (2004). Estas autoras apontam que a enfermagem não se estruturou para compartilhar o cuidado com as mães, o que se daria através de uma metodologia de assistência planejada em que a tomada de decisões se baseasse nas necessidades das crianças e suas mães e não na simples divisão de tarefas.

BOUSSO e ANGELO (2001) descrevem esta situação vivida pelas famílias como uma perda de poder sobre a criança, como se ela não fosse mais da família e sim da equipe.

***“Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de culpa com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar”.***

Esta CD foi comentada por três enfermeiros. A sugestão sobre como deveria ser descrita foi: “mãe expressa sentimento de culpa pela doença do filho alterar a dinâmica familiar”. Parece que este enfermeiro considerou bastante a DO, a qual era “mãe verbaliza ou demonstra sentimento de culpa pela doença da criança e seus efeitos na dinâmica familiar”.

Ela foi considerada “bem pouco característica” pelo enfermeiro que relacionou a presença deste sinal às mães de bebês com síndromes como malformações. Assim, pode-se interpretar que o enfermeiro considerou que esta CD está presente especificamente nesta situação.

Um dos enfermeiros comentou uma atividade imprescindível que é desenvolvida junto aos pais na unidade neonatal em que trabalha. Segundo ele ocorrem encontros semanais, reunindo familiares, equipe de enfermagem e psicóloga para trabalhar o estado emocional, esclarecer dúvidas e incentivar a permanência da mãe na unidade. Além disso, afirma que tem notado os resultados benéficos junto às mães. Esta é uma ação muito importante, como aponta KLAUS e KENNEL (1992), pois se dá oportunidade para que as mães e outros familiares compartilhem seus sentimentos, o que os auxilia na compreensão dos mesmos e fornece alívio de tensões.

Segundo KLAUS e KENNEL (1992), as mulheres tendem a sentir como se tivessem provocado toda a desestruturação familiar que possa ter advindo da doença e da necessidade de internação de seus bebês. Ouvir outras pessoas que estão passando pela mesma experiência pode ser reconfortante.

VIEIRA e ROSSI (2000) apontam que as CDs deste DE que abrangeram os sentimentos de medo, ansiedade e culpa em mães de bebês hospitalizados foram decorrentes do temor de terem feito algo que prejudicou seus filhos e, conseqüentemente, determinou toda dificuldade pela qual elas e as famílias vêm passando.

O sentimento de culpa pode provir da mãe sentir-se incapaz de cuidar tão bem do filho quanto a enfermagem. Pode isto provocar nela medo de crítica de outras pessoas pela sua incapacidade maternal (MARTINS, 1956; KLAUS e KENNEL, 1992; OLIVEIRA et al., 1995; OLIVEIRA, 2001). Este sentimento também pode se dar pela falta de reação emocional quando viu seu filho pela primeira vez (MARTINS, 1956; KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; BRAZELTON, 1988; MALDONADO, 1989; KLAUS e KENNEL, 1992).

***“Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de raiva com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar”***

Foi sugerido que fosse escrito: “mãe expressa sentimento de raiva pela doença do filho afetar a dinâmica familiar”. Foi apontado também que é difícil identificar a raiva e aferi-la.

Ocorre um misto de emoções a respeito do bebê e as mães sempre temem que aqueles sentimentos que são negativos prejudiquem-no. Em algumas culturas as mulheres falam em mau olhado ou em prejudicar o bebê com pensamentos maus. Na verdade, trata-se de um medo universal e o ressentimento que se esconde por trás surge da necessidade de autoproteção. As mães sentem um grande desapontamento por não conseguir atravessar este período de adaptação inicial com todo o sucesso. Tendem a culpar a tudo e a todos, inclusive aos bebês, pois estes lhes parecem não responder como deveriam e trazem-lhes muitas complicações (KITZINGER, 1978; BADINTER, 1985; BRAZELTON, 1988).

Existem, porém, sentimentos bons que contrabalançam os negativos. Se estes últimos persistissem, haveria abandono e abusos infantis em massa. Para a maioria das mães a vontade de ajudar, de proteger o bebê prevalece. Depois de momentos difíceis, como um período de choro intenso ou amamentação difícil, cada resposta positiva (o sono tranquilo, a amamentação prazerosa) torna-se uma recompensa pela superação, segundo BRAZELTON (1988).

Seria interessante se ocorressem reuniões com a equipe de enfermagem para que se pudesse expor os sentimentos, de forma a livrar-se da tensão de reprimi-los e, além disso, ajudar cada membro a ser mais capaz de agir de forma generosa com as mães estressadas, tomando a suas próprias vidas mais ricas e fáceis (BRAZELTON, 1988; KLAUS e KENNEL, 1992; GUARESHI, 2003).

***“Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de medo com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar”***

Foi comentado que o medo sempre está presente e este se refere principalmente à morte do filho. Tal dado é confirmado pela literatura. Segundo TRONCHIN (2003), foi o sentimento que predominou entre os pais que tiveram seus filhos internados na unidade neonatal, acompanhado de incertezas geradas pela questão da sobrevivência da criança. MOREIRA (2001) observou em seu estudo que o medo esteve relacionado à piora do estado do bebê, medo de que ao ir para casa ele adoecesse e tivesse que ser reinternado em um local de assistência precária à saúde.

***“Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de ansiedade com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar”***

Esta foi outra CD considerada como difícil de diferenciar em relação à anterior devido serem consideradas pelos enfermeiros como muito parecidas. Entretanto a DO buscou diferenciá-las, contendo as definições de medo e de ansiedade propostas pela NANDA (2002).

Um enfermeiro comentou que esta CD surge pelo medo do desconhecido, por deixar o filho aos cuidados de pessoas desconhecidas, o que se ameniza ao longo da internação do RN. Esta afirmação denota que o enfermeiro não olhou para o processo familiar, como propõe a CD, e sim para os sentimentos maternos em relação ao filho internado, embora não tenha proposto uma CD neste sentido.

BRAZELTON (1988) afirma que não existe nada mais eficiente para diminuir a ansiedade que mostrar aos pais aquilo que o bebê é capaz de fazer, evidenciar o que há de positivo no comportamento dele, o que pode dar forças para encarar o lado negativo. Se os pais forem abandonados apenas com a percepção dos déficits, tendem a ser sufocados pelos aspectos destrutivos de seus sentimentos.

KLAUS e KENNEL (1992) consideram negativa a falta de ansiedade materna, ou seja, quando as mães dirigem suas preocupações para outras coisas, não relacionadas ao bebê e à família, mesmo vivendo uma situação como esta. MARTINS (1956) considera que a grande causadora de ansiedade nas mães é a aparência física dos bebês internados.

***“Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de frustração com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar”***

As mães ressentem-se do distanciamento imposto pela unidade de internação. Sentem-se pressionadas pela sociedade que lhes cobra calma, paciência e uma estrutura emocional equilibrada que não condiz com o momento que estão vivendo. Têm muita dificuldade de compreender as informações recebidas, o que se deve à dificuldade de decodificar os termos técnicos utilizados pela equipe de saúde e o momento estressante que estão vivenciando. As mães sentem-se angustiadas e frustradas porque ficam bastante tempo na unidade, muitas vezes, sem saber como ajudar, o que fazer, como tocar (BARBOSA, 1999).

O sentimento de frustração se deve ao fato de não terem alcançado o ideal pretendido, o qual seria o nascimento de um bebê saudável, que não desencadeasse na família um processo de ajustamento mais difícil que o esperado (ZIEGEL e CRANLEY, 1985; MALDONADO, 1989; MILES et al., 1996; CUNHA, 2000; LUPTON e FENWICK, 2001).

As CDs que trouxeram em seu enunciado “processo familiar” receberam comentários que demonstraram necessidade de maior esclarecimento quanto ao que exatamente se quer dizer. Alguns deles sugeriram que fosse utilizado “dinâmica familiar” como colocado na DO. Entretanto, tanto o “processo familiar” quanto a “dinâmica familiar” podem ser abordados sob diferentes perspectivas, sob a luz de teorias baseadas na sociologia, antropologia ou filosofia, entre outras. Assim, faz-se necessário desenvolver outros estudos que ampliem a discussão a fim de descrever melhor esta CD.

A palavra “dinâmica”, segundo DICIONÁRIO HOUAISS (2001), quando se refere a relações humanas, trata-se de um “movimento interno responsável pelo estímulo e pela evolução de algo”. Já “processo” traz a idéia de ir por diante, uma sucessão de estados ou de mudanças. Assim, seria necessária uma análise mais aprofundada destes conceitos, principalmente quando associados ao conceito de família.

Para MALDONADO (1989), a família é um organismo vivo que precisa reformar-se em muitos momentos para adequar-se ao crescimento dos filhos, ao envelhecimento dos pais e às inúmeras alterações na vida como desemprego, morte, mudanças de domicílio, entre outras. Manejos anteriores bem sucedidos em determinadas situações podem ser inadequados em etapas posteriores, demandando flexibilidade. A família está em constante reorganização frente aos eventos, segundo MALDONADO (1989), e acredita-se que é natural que as mulheres/mães preocupem-se com os efeitos de tais eventos.

***“Mãe verbaliza preocupação em relação à dificuldade para desempenhar o papel materno devido à patologia materna”***

Foi proposto que esta CD fosse “mãe verbaliza limitação física/psíquica para desempenhar o papel materno”. Embora ela tenha sido sugerida por uma das juízas das DOs e não conste na lista da NANDA, apresentou escore 0,68. O que demonstra a necessidade de mais estudos para que se possa incluir outros sinais aos DEs propostos.

Como já comentado, as três **CDs fictícias** também foram validadas.

***“Mãe verbaliza disposição para melhorar o desempenho do papel materno”***

Foi considerada como de difícil compreensão quanto ao que se refere a um “melhor desempenho do papel materno”, embora se tenha procurado descrever isto na DO. Esta CD, como dito anteriormente, foi incluída com o

objetivo de estar entre as CDs menos características do diagnóstico e assim não ser validada pelos enfermeiros participantes. Entretanto, mostrou-se como inadequada a sua escolha para tal fim.

O comentário de um dos enfermeiros demonstrou que não ficou claro para ele se a CD buscava descrever uma situação positiva, na qual a mãe está segura e deseja desempenhar bem o seu papel, ou negativa como um sinal de que se sente incapacitada para cuidar do filho. Porém, acredita-se que para a segunda situação ela deveria ser descrita de outra forma, demonstrando melhor o aspecto negativo, como por exemplo “mãe verbaliza constantemente necessidade de melhorar o desempenho do papel materno”.

#### ***“Declarações negativas a respeito da criança”***

Foi sugerido que esta CD fosse apresentada da seguinte forma: “mãe expressa/verbaliza aspectos físicos e comportamentos negativos do filho”. Não se concorda com tal proposta, porque esta CD envolve o julgamento feito pela mulher, o qual pode diferir da realidade.

#### ***“Rejeição ou hostilidade para com a criança”***

De acordo com um enfermeiro, esta CD deveria ser: “mãe expressa comportamento de rejeição, hostilidade e violência em relação ao filho hospitalizado”. Esta seria uma forma mais específica de descrevê-la de forma a ser incluída neste DE. Embora tenha sido validada, tal CD não parece apropriada para o diagnóstico “conflito no desempenho do papel de mãe”, quando se considera sua definição. Tanto esta CD quanto a anterior parecem realmente mais adequadas para o diagnóstico de “maternidade prejudicada”, o qual é definido como “incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança”, conforme proposto na atual classificação diagnóstica da NANDA (NANDA, 2002, p.170).

O DE em questão se mostra como pouco utilizado na unidade de internação neonatal, como vários outros relacionados às mães. É interessante ressaltar, como coloca BRAZELTON (1988), que o desempenho do papel materno não está relacionado simplesmente aos cuidados dispensados aos bebês, mas também aos processos de aprendizado sobre como lidar com raiva, frustração, desejo de fugir do papel e até de abandonar os bebês. Aprender a viver com estes sentimentos e a procurar as recompensas simples, mas profundas e valiosas advindas da criação de um filho, como o sorriso e os estágios de desenvolvimento, ajuda a se encontrar o equilíbrio necessário. O que também pode ser uma verdade na unidade de internação neonatal.

Verificou-se que as CDs de “conflito no desempenho do papel de mãe” são sinais de que as mães se encontram com dificuldades em relação aos bebês, às suas famílias e em relação a elas mesmas. Demonstram que as mulheres/mães precisam de intervenções que lhes possibilitem uma aproximação mais serena das suas dificuldades em relação ao bebê. Isto é muito importante, uma vez que cuidar envolve atenção às respostas das pessoas, conhecimento das ações e suas conseqüências.

Um dado interessante, embora não faça parte do objetivo deste estudo, foi que os juízes das DOs, assim como um enfermeiro deste estudo, falaram das dúvidas sobre como as afirmações das CDs poderiam ser mensuradas, se seria pela repetição dos comportamentos ou não. Outro questionamento levantado diz respeito aos julgamentos que muitas vezes a equipe faz em razão de preconceitos, o que implicaria também na dificuldade de analisar o quanto cada expressão de comportamento é intensa ou não, real ou não. Como discutido anteriormente, considerando-se McFADDEN e GUNNETT (1992), seria necessário que os enfermeiros realmente utilizassem o raciocínio clínico na proposição dos DEs para evitar este tipo de problema. Além disso, uma das juízas das DOs deu uma sugestão sobre como mensurar a presença dos sinais: através de uma escala tipo Likert, para se verificar em termos de freqüência quando que o comportamento ocorre (raramente, pouco, muito) ou sua intensidade.

Chamou a atenção o fato de que ao final do questionário um enfermeiro escreveu que deveria ser realizada uma pesquisa mais abrangente em relação a diagnósticos de RNs e não apenas relacionados às mães. Isto demonstra bem o quanto alguns enfermeiros neonatais têm seu cuidado centrado nos bebês e não percebem que isto é ruim para as mães. Como já colocado, a unidade de internação neonatal precisa de maior desenvolvimento dos DEs em geral mas, principalmente, daqueles que poderiam abranger as necessidades maternas, as quais vêm sendo esquecidas constantemente.

Quanto ao comentário de uma enfermeira sobre sua percepção de que teve dificuldades para responder alguns itens do questionário, que deveria estudar mais sobre apego, vínculo e sentimento materno, mesmo tratando-se de uma das com maior nível acadêmico da amostra, WINNICOTT (1999) aponta que em geral, médicos e enfermeiros sabem pouco sobre a questão que se refere à intimidade entre a mãe e o bebê. Trata-se de levar estes profissionais a compreender que são necessários, mas não são especialistas nas questões relativas à intimidade mãe-filho, assim, interferir sem conhecimento adequado é pisar em solo perigoso. Em vez de intervenções desnecessárias, os bebês e suas mães precisam de recursos ambientais que estimulem a confiança das mães em si mesmas (KITZINGER, 1978, WINNICOTT, 1999). WINNICOTT (1999) trata ainda da angústia relatada por muitas mães, a qual é causada por médicos e enfermeiros que, embora excelentes tecnicamente, não conseguem deixar de interferir negativamente no relacionamento destas com seus filhos.

Considerou-se muito positiva a mobilização que este estudo provocou em alguns participantes, segundo suas próprias manifestações, seja através do próprio questionário, cartas ou e-mails. Tal mobilização se referiu quanto ao uso de DEs em geral e ao uso deste diagnóstico em especial, quanto à percepção da falta de conhecimento e esclarecimentos e à necessidade de buscá-los. Isto demonstra a importância do estabelecimento de grupos de interesse para estudo de DEs, pois, a partir da discussão de estudos de caso e dos diagnósticos é que poderão surgir reflexões que poderão enriquecer a assistência e a taxonomia dos

DEs. O maior contato dos enfermeiros com este tipo de discussão provavelmente faria com que aumentasse o interesse e a valorização dos DE, bem como a habilidade em implementá-los em seu trabalho.

Outro aspecto importante e apontado por MOREIRA (2001) é que embora esteja tentando-se mudar o foco da assistência nas unidades de internação neonatal no sentido de se incluir a mãe, constata-se que esta assistência é feita de maneira assistemática, não sendo possível avaliar a contribuição efetiva das ações de enfermagem para as mães, bem como as lacunas a serem preenchidas. Lacunas essas como o fato de a maioria das mães apresentarem dificuldades geradas pela própria unidade, como o medo do desconhecido, temor pelo estado de saúde do filho, as dificuldades nas interações com a equipe de enfermagem, os vários equipamentos conectados ao filho e a separação. O que demonstra a extrema importância da avaliação das mães e uso de DEs.

### **6.3. Perfil dos especialistas e sua relação com a validação das características definidoras**

Os resultados mostraram que não houve correlação entre os escores atribuídos pelos enfermeiros às CDs e sua formação, experiência profissional, participação em cursos sobre DE ou utilização dos DE no local de trabalho. Outros autores também utilizaram enfermeiros com diferentes níveis de formação e experiência profissional em estudos de validação, obtendo este mesmo resultado (WALL et al., 1994; LINDEMAN et al., 1994; LEWIS-ABNEY e ROSENKRANZ, 1994; OLIVEIRA, 2001), o que parece não ser a principal limitação deste tipo de estudo, como se poderia a princípio supor.

De fato, no estudo desenvolvido por WALL et al. (1994) foi verificado que os escores eram semelhantes entre enfermeiros com diversos níveis educacionais, embora eles variassem bastante entre enfermeiros de diferentes especialidades. Assim, sugere-se que realmente o local de atuação do enfermeiro

é muito importante para o desenvolvimento de estudos de validação por promover o apontamento de especificidades de cada clientela.

Já WHITLEY (1999) reafirma a importância de se usar verdadeiros especialistas para estudos de validação, reafirmando o preconizado por Fehring, apontando o mestrado como um nível mínimo a ser exigido. A autora também coloca que a amostra contendo não-especialistas deve sempre ser analisada separadamente.

Acredita-se, como já apontado anteriormente, que nem sempre o grau educacional pode garantir que o enfermeiro tenha habilidade com a análise e uso de DEs. Assim, poderia ser mais interessante enfatizar a necessidade da participação em estudos de validação de enfermeiros experientes quanto ao uso de DEs ou estudiosos do tema, bem como alguma forma de avaliar inicialmente tal habilidade como critério de seleção. Os resultados desta pesquisa demonstraram que o grau educacional maior promoveu a realização de questionamentos e sugestões.

Um dado que surgiu das análises comparativas foi que os enfermeiros que afirmaram utilizar DE em seu dia-a-dia de trabalho deram pontuação menor para as CDs “mãe expressa preocupação(ões) com relação a mudanças no papel materno” e “relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio”.

Uma vez que a baixa pontuação dada a algumas CDs pode ser reflexo de desconforto ou falta de conhecimento dos profissionais para avaliarem e lidarem com determinado sinal, é importante que o enfermeiro selecionado para participar de estudos de validação tenha familiaridade com a resposta humana a ser estudada (LINDEMAN et al., 1994; WHITLEY, 1999). Entretanto, ainda não se pode associar com segurança o resultado anteriormente comentado ao que afirmam tais autores.

Os resultados deste trabalho também demonstraram a necessidade de desenvolvimento de estudos que proponham um modelo de validação de DEs que contemple o perfil dos enfermeiros brasileiros. Os critérios de seleção dos sujeitos não devem ser simplesmente os critérios válidos em outros países, pois quando utilizados em nossa realidade resultam em amostras pequenas e/ou com necessidade de adaptações de tais critérios às características dos enfermeiros brasileiros.

A maioria dos enfermeiros (32) não participou de cursos sobre DE e justificaram isso através de seu desinteresse pelo tema, da falta de oportunidade, da ausência de divulgação ou mesmo inexistência de cursos, da incipiência do tema, falta de percepção quanto à aplicabilidade ao longo da internação do paciente, falta de cursos sobre DE que dêem ênfase à sua área de interesse (pediatria/neonatologia) e compreensão dos DEs como uma reclassificação dos diagnósticos médicos. Uma enfermeira comentou que sua formação foi bastante deficiente neste aspecto e acredita que, por isso, há o desinteresse pelo tema.

Dos 47 enfermeiros que responderam à questão sobre a utilização de DE em seu dia-a-dia, 19 disseram não utilizar e, destes, 18 justificaram que isto se deve a: não utilização na prática diária por não estar implantado no local de trabalho, o que se deve a questões institucionais e dificuldades por parte dos enfermeiros na operacionalização; desenvolvimento de processo de enfermagem que não contempla esta fase; ausência de reavaliação de DEs propostos no início da internação dos pacientes; falta de percepção quanto à aplicabilidade do mesmo ao longo da internação do paciente; prescrições desvinculadas de DE; área de atuação que não inclui a utilização de DE.

As observações acima confirmam o que aponta CARPENITO (1998): embora a NANDA já esteja com mais de 25 anos de existência, ainda existem alguns obstáculos a serem transpostos na divulgação e utilização dos DEs.

Inicialmente, a idéia de que enfermeiros poderiam fazer diagnósticos foi um sério problema, devido à alta resistência dentro da comunidade médica. Esta idéia ainda é vista com certa suspeita mesmo entre os enfermeiros. A partir do momento que a classificação dos DEs cresceu, os enfermeiros sofreram o segundo impacto: os diagnósticos descreviam respostas humanas que não eram familiares a eles. Alguns rejeitaram os diagnósticos, dizendo que eram inúteis, mas na verdade não os entendiam, o que ainda se faz presente. Apesar do desconhecimento inicial, outros abraçaram o novo conceito e foram em busca de conhecimento, verificando-se o resultante crescimento de publicações sobre o assunto e o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem nos últimos anos (CARPENITO, 1998).

CARPENITO (1998) relata que ainda é um desafio fazer com que enfermeiros assistenciais apliquem os DEs em sua assistência, sendo que alguns afirmam categoricamente que não precisam de DEs. Para a autora, muitos fatores têm contribuído para esta resistência dos enfermeiros e alguns deles estão presentes nas declarações dos enfermeiros que participaram deste estudo:

- Dificuldade dos enfermeiros em organizar seu conhecimento cognitivo em forma de DEs e problemas colaborativos. Os enfermeiros continuam a pensar no paciente como um diabético, como um enfartado, ou seja, olham mais para a condição médica do que para as respostas das pessoas aos fenômenos de saúde e processos de vida;
- Falha dos cursos de enfermagem na integração dos DEs ao currículo. Assim, os DEs são apenas um exercício acadêmico para os estudantes, o que faz com que eles escrevam diagnósticos, mas não os vivam;
- Dificuldade por parte dos enfermeiros em aceitar o conceito de cuidados padronizados, ou seja, promoção de cuidados com base

científica. Os DEs e problemas colaborativos podem organizar estes cuidados e não as condições médicas ou cirúrgicas dos pacientes.

VICENT (1985) aponta outras razões pelas quais o desenvolvimento dos DEs tem sido dificultado. Primeiro, a idéia de classificar os problemas dos clientes dentro de um sistema único para enfermagem é controversa. Muitos teóricos e educadores apontam que a diversidade dos modelos de assistência encoraja os enfermeiros a considerar as diferenças individuais dos clientes. Cada modelo de assistência de enfermagem tem uma definição diferente de cliente, de problema e de objetivos de enfermagem. Esta variedade nas filosofias de enfermagem promove a criatividade no cuidado ao paciente. Também é considerada complicada a tarefa de isolar e classificar comportamentos específicos que enfermeiros definem como problemas dos clientes.

Muitos profissionais ainda consideram que classificar os problemas dos pacientes como “diagnósticos” pode ser uma atividade ilegal por não ser seu papel profissional. Entretanto, as diferenças entre os diagnósticos médicos e de enfermagem encontram-se na definição de DE e na estrutura conceitual de cada profissão. As categorias diagnósticas para enfermagem e medicina refletem diferentes abordagens do cliente. Diagnósticos médicos indicam as patologias dos sistemas corporais, enquanto enfermeiros avaliam os pacientes sob uma perspectiva holística, identificando problemas de saúde ou necessidades do cliente em relação ao seu próprio mundo (VICENT, 1985).

MAAS (1987) faz uma discussão muito interessante sobre a implementação de DEs nas unidades de assistência e como características institucionais estão relacionadas com a falha ou com o sucesso deste processo.

O uso de DEs requer que os enfermeiros tenham autonomia e responsabilidade para sua prática clínica, a qual pode não estar bem inserida na organização onde atua. Assim, para que os profissionais sejam mais eficientes, não apenas servindo enquanto subordinados a outros mas sendo determinados e

desempenhando ações apropriadas, os objetivos, estruturas e processos dentro das instituições precisam ser consistentes com seu trabalho. Enfermeiros administradores e supervisores que avaliam e determinam o quanto os objetivos, estruturas e processos são adequados para o uso de DEs na atuação profissional têm mais chances de sucesso com a implementação (MAAS, 1987).

Em muitos locais onde a enfermagem é praticada, existe um grande consenso entre gerentes, outros profissionais e enfermeiros de que oferecer um cuidado de qualidade ao paciente é o principal objetivo. Entretanto, existem discordâncias quanto à necessidade e importância de meios mais específicos. Enquanto alguns enfermeiros acreditam que o uso de DEs é essencial para atingir o objetivo de cuidado de qualidade, outros acreditam que devem apenas seguir as prescrições médicas para tal fim. Consenso e compromisso entre os enfermeiros quanto aos objetivos e o papel dos DEs no alcance destes são necessários para facilitar o uso dos DEs (MAAS, 1987; WHITLEY, 1996).

O tipo e a quantidade de recursos colocados à disposição para a implementação são também indicadores do quanto gerentes e enfermeiros são comprometidos com os mesmos objetivos e o significado de atingi-los. Gerentes de enfermagem precisam dar suporte às tentativas dos enfermeiros de usar os DEs através de encorajamento, desenvolvimento de estruturas e processos apropriados na instituição. Se a questão que está dificultando a implementação dos DEs é falta de conhecimento e familiaridade, é interessante que haja um programa que inclua teoria e prática sobre raciocínio diagnóstico, com o uso de diagnósticos específicos. Programa este que seja conduzido antes e ao longo da implementação. Outra questão importante é que a implementação também depende da existência de métodos de comunicação que permitam eficiente coleta, documentação, processamento e recuperação dos dados do cliente (MAAS, 1987; WHITLEY, 1996).

Os DE definem a especialidade da enfermagem e chamam a atenção para a necessidade de certas medidas, aumentando a probabilidade dos

enfermeiros ajudarem o paciente a lidar com a situação real ou de risco. Sem os mesmos, diferentes respostas dos clientes e seus familiares podem não ser reconhecidas e, conseqüentemente, o tratamento não instituído (GORDON, 1987, CARPENITO, 1998). Assim, existe uma responsabilidade profissional quanto à implementação dos DEs na prática. Além disso, sem a devida documentação destes, dados epidemiológicos e estatísticos da incidência de um determinado DE não podem ser obtidos. Mecanismos elaborados para acompanhamento estatístico de doenças já existem, mas isto ainda não se dá quanto a DEs. Os enfermeiros não têm sido tão conscientes quanto os médicos da importância de documentar os problemas que diagnosticam e tratam (GORDON, 1987).

Por outro lado, GORDON (1987) aponta o quanto é importante que se vá além da implementação dos DEs. A autora reflete que, freqüentemente, considera-se que a implementação foi alcançada quando muitos dos planos de cuidados da unidade contêm DEs, resultados esperados e ações de enfermagem. Porém, reforça que existe a necessidade de uma avaliação contínua da acurácia e precisão, utilizando-se de alguns questionamentos. Por exemplo, os DE documentados possuem suas definições? As afirmativas diagnósticas são suficientemente precisas para sugerirem intervenções? Existem dados suficientes para dar suporte ao diagnóstico proposto? Os fatores relacionados ou etiológicos foram identificados? Estas e outras questões podem ser usadas para avaliar a qualidade do diagnóstico e das intervenções em uma unidade de cuidados, bem como investimento na educação da equipe.

Percebe-se que os DEs são melhor aceitos em locais onde sua utilidade é mais óbvia. Em locais de assistência intensiva isto não é tão óbvio, então, os enfermeiros são levados a acreditar que não precisam de DE. Porém, se estes investigassem as respostas mais problemáticas e comuns de alguns de seus clientes, ficariam surpresos ao saber que o resultado de suas avaliações são DEs (CARPENITO, 1998).

Para CARPENITO (1998), a literatura de enfermagem está cheia de estudos que buscam diferenciar enfermeiros e médicos. Ela considera que não há necessidade de tais estudos; os DEs são a diferença. Os estudos poderiam, sim, avaliar os resultados, para verificar se os resultados são melhores em função do uso de DEs, pensando-os inseridos no processo de enfermagem.

Assim, na verdade, a questão não é que os enfermeiros não utilizam o DE. Eles não o escrevem. A autora aponta que o que eles ainda não entenderam é que sem os DEs não podem ser enfermeiros, mas “trabalhadores genéricos” de saúde e que, assim, não devem se surpreender quando confundidos com outro profissional.

Por outro lado os comentários de oito enfermeiros quanto ao uso dos DEs demonstraram que estão se conscientizando, como apontam SANTANA e SAWADA (2002), de que os diagnósticos são uma maneira para descrever a experiência do paciente, comunicando adequadamente aos demais profissionais da equipe os fenômenos que são objeto de preocupação da enfermagem. E que, além disso, direcionam as intervenções e avaliações dos resultados junto aos pacientes, melhorando a assistência de enfermagem como um todo.

Concorda-se com SANTANA e SAWADA (2002) quanto à urgência de se apurar os conteúdos dos diagnósticos e esta urgência estende-se também à necessidade de preparo dos enfermeiros para manuseá-los para o atendimento das necessidades dos pacientes.

A dificuldade com o uso de DEs também pode se dar em função da linguagem com a qual são construídos. Um questionamento interessante é pensar se a transformação desta linguagem em algo mais rotineiro poderia favorecer o seu uso.

---

**CONCLUSÕES**

- A definição e todas as características definidoras propostas pela classificação diagnóstica da NANDA 2001-2002 (NANDA, 2002) foram consideradas válidas para o uso em unidade de internação neonatal.
- Quatro CDs foram consideradas CD maiores (escores maiores que 0,80):
  - Mãe expressa preocupação(ões)/sentimentos de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização;
  - Mãe expressa preocupação(ões)/sentimentos de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança em casa;
  - Mãe expressa preocupação(ões) com relação a mudanças no papel materno;
  - Mãe expressa preocupação(ões) em relação à saúde da família.
- Além das CDs presentes na Taxonomia da NANDA, foram consideradas como CD menores (escores entre 0,50 e 0,80) as seguintes:
  - Mãe verbaliza disposição para melhorar o desempenho do papel materno;
  - Rejeição ou hostilidade para com a criança;
  - Declarações negativas a respeito da criança.
  - Mãe verbaliza preocupação em relação à dificuldade para desempenhar o papel materno devido a patologia materna.

- O julgamento dos enfermeiros não foi influenciado por fatores como idade, tempo de atuação como enfermeiro, tempo de atuação em neonatologia, realização de cursos sobre DE, participação em cursos de pós-graduação, realização de pesquisa e utilização de DEs.

As CDs validadas neste estudo foram:

- Mãe expressa preocupação (ões) com relação a mudanças no papel materno;
- Mãe expressa preocupação (ões) em relação ao funcionamento da família;
- Mãe expressa preocupação (ões) em relação à comunicação na família;
- Mãe expressa preocupação (ões) em relação à saúde da família;
- Mãe expressa preocupação (ões)/ sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização;
- Mãe expressa preocupação (ões)/ sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança em casa;
- Rejeição ou hostilidade para com a criança (CD do DE “Maternidade prejudicada”);
- Mãe expressa culpa por contribuir para a doença da criança pela falta de conhecimento e julgamento (CD proposta por CARPENITO, 2002);
- Relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio;

- Declarações negativas a respeito da criança (CD do DE “Maternidade prejudicada”);
- Distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado;
- Mãe expressa preocupação pela perda percebida de controle sobre as decisões relacionadas ao filho;
- Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de culpa com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar;
- Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de raiva com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar;
- Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de medo com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar;
- Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de ansiedade com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar;
- Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de frustração com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar;
- Mãe verbaliza preocupação em relação à dificuldade para desempenhar o papel materno devido a patologia materna (CD acrescentada a partir de sugestão de juíza e revisão da literatura);
- Mãe verbaliza disposição para melhorar o desempenho da maternidade (CD do DE “Disposição para maternidade melhorada”).

As CDs sugeridas pelos enfermeiros, consideradas pertinentes ao DE em questão, mas ainda não validadas foram:

- Mãe expressa/verbaliza sentimento de culpa por contribuir para o adoecimento do filho;
- Mãe expressa conhecimento insuficiente/julgamento inadequado sobre a doença do filho;

- Mãe expressa comportamento de inabilidade nos cuidados habituais do filho;
- Mãe expressa falta de empenho ou desinteresse nos cuidados habituais do filho;
- Mãe expressa sentimento de culpa pela doença do filho alterar a dinâmica familiar;
- Mãe expressa preocupação em relação à comunicação intrafamiliar;
- Mãe não sabe reconhecer as respostas comportamentais do filho aos estímulos;
- Mãe se mostra desinteressada por conhecer a evolução do bebê internado;
- Mãe verbaliza limitação física/psíquica para desempenhar o papel materno;
- Mãe expressa dificuldade de adaptação ao papel materno.

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este estudo apresentou algumas limitações. Uma delas é que, infelizmente, não foi possível encontrar publicação que contivesse a proposta original de definição e CDs do DE em estudo, na qual se poderia sanar dúvidas quanto à intenção/objetivo de algumas CDs para a formulação das DOs.

Outro ponto relevante foi a dificuldade para encontrar um maior número de enfermeiros dentro dos critérios estabelecidos por FEHRING, com experiência tanto em relação ao DE em estudo quanto sua temática, o que poderia ter promovido maior discussão das CDs e gerado mais sugestões. Se fosse factível, teria sido muito enriquecedora esta discussão com os participantes.

Pesquisadores e educadores da enfermagem, na realidade brasileira, são aqueles que freqüentemente escrevem sobre DEs e, levando-se em conta os critérios de seleção para estudos de validação, seriam os mais indicados para participação neste tipo de estudo. Entretanto, considera-se que o maior envolvimento dos enfermeiros assistenciais com os DEs é essencial por serem os mais indicados para identificar as lacunas existentes entre os propostos pela NANDA e as necessidades da prática clínica. Além disso, nem sempre o grau educacional pode garantir que o enfermeiro tenha habilidade com a análise e uso de DEs. Assim, poderia ser mais interessante enfatizar, para fins de estudos de validação, a necessidade da participação de enfermeiros experientes quanto ao uso de DEs ou estudiosos do tema. Outro ponto importante seria elaborar alguma forma de avaliar tal habilidade como critério de seleção, bem como desenvolver um modelo de validação que contemplasse o perfil do enfermeiro brasileiro.

Embora se tenha realizado revisão da literatura e submetido as CDs a um grupo de juízes, não houve acréscimo expressivo, quanto ao aspecto numérico, de CDs para este DE. Assim, sentiu-se também como limitação a não obtenção de uma lista maior de CDs para ser colocada em validação. O que fez com que as já propostas pela NANDA fossem a maioria das utilizadas neste estudo. Além disso, algumas DOs não conseguiram atingir o objetivo de esclarecer as CDs ou torná-las mais objetivas.

Mostrou-se adequado o desmembramento de algumas das CDs propostas pela NANDA visto que facilitou a avaliação de cada evento que antes era descrito em conjunto com outros, em uma única CD. Assim, observou-se que, de fato, os escores variaram consideravelmente entre as CDs desmembradas.

A maior frequência de comentários em relação às CDs “distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidados” e “relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio” demonstra a necessidade de que sejam repensados os enunciados. Principalmente quanto à primeira, uma vez que a palavra “distúrbio” suscitou vários questionamentos sobre que comportamentos seriam mais adequados para compor esta CD. E os questionamentos foram direcionados também à DO, o que demonstrou que ela também não estava adequadamente descrita.

Também se deixou de propor qual termo seria mais adequado: processo ou dinâmica familiar.

Por fim, outra limitação é que o questionário deveria conter mais itens levantando dados referentes à experiência dos enfermeiros com a utilização de DEs no local de trabalho e com a utilização do DE em estudo.

A realização deste trabalho levou a pensar sobre o quanto a assistência neonatal está fortemente vinculada aos *fatores relacionados* para o DE “conflito no desempenho do papel de mãe”, presentes na NANDA (2002), como, por exemplo, “políticas dos centros de cuidados especializados” e “intimidação com modalidades de tratamento invasivas ou restritivas”. Leva-nos a questionar até que ponto se realizam ações eficazes no sentido de ajudar as mães a assumir seus filhos e se estamos verdadeiramente dispostos a mudar nosso modo de nos relacionarmos com elas e o modo institucional de recebê-las.

Examinando-se a literatura e a própria vivência profissional pode-se pensar sobre o quanto a assistência neonatal está sujeita a ser responsável pelo surgimento de algumas CDs do diagnóstico em questão.

Infelizmente, são mais apontamentos que soluções e a revisão da literatura traz vários aspectos mal resolvidos da assistência de enfermagem neonatal, como:

- A dificuldade de verdadeiramente assumir uma postura facilitadora para que as mulheres assumam seus papéis de mães;
- A manutenção das mães como subordinadas, dependentes, desconsiderando seu processo de aquisição de conhecimento e confiança, e a manutenção dos bebês como “anormais”;
- A desatenção quanto aos esforços maternos em se adaptar às necessidades dos filhos;
- A inabilidade para dar tempo e espaço para que as mães trabalhem suas emoções e de ajudá-las a perceber sua capacidade de cuidar do próprio filho e desenvolverem a confiança em si mesmas;
- Os problemas envolvendo comunicação verbal e não-verbal, o que inclui descuido e uso de termos que as mães não conseguem compreender;
- A rigidez das normas e rotinas em detrimento do relacionamento terapêutico.

Parece essencial que sejam dadas mais oportunidades para os enfermeiros neonatais desenvolverem habilidades para avaliação e intervenção no cuidado de mães de bebês internados, uma vez que estas são propensas a apresentar respostas complexas e múltiplas em seus papéis, relacionamentos, sentimentos e comportamentos. Isto seria possível através do enriquecimento dos currículos de enfermagem e de programas de educação continuada. Trata-se de algo essencial preparar enfermeiros para o aprendizado sobre as implicações de ser mãe de um bebê internado. O que levaria a um entendimento de que a inclusão da mãe na assistência não se trata de generosidade, de caridade, mas de uma ação de enfermagem com base científica e que existe um DE que pode ser

utilizado neste sentido. Considera-se que seria interessante o desenvolvimento de um instrumento para avaliação das mães que abrangesse as CDs e os fatores relacionados do DE em questão.

Quanto aos DEs, ficou evidente que, apesar de todo o progresso, a necessidade de refinamento contínuo para proporcionar uma classificação diagnóstica clara, concisa e clinicamente útil ainda se mostra muito intensa. Os enfermeiros descreveram em algumas situações o quanto consideraram as CDs não claras e inadequadas para descrever o que observam em sua prática clínica. Assim, os estudos de validação podem ajudar a modificar os DEs existentes de forma a que possam representar da melhor forma possível os fenômenos observados, seja através dos ajustes das CDs existentes, seja através da proposição de outras que possam ser acrescentadas à lista da NANDA.

Ao longo da construção das DOs e das CDs junto aos juízes foi-se percebendo quantos questionamentos eram levantados e como, a partir deles, as DOs iam tornando-se mais claras que as CDs propostas pela NANDA. Isto sugere que este diagnóstico pode ser interpretado de várias maneiras, uma vez que as CDs para identificá-lo não são claras. As constantes afirmações nas pesquisas quanto à importância das DOs em estudos de validação para que haja um entendimento mais uniformizado por parte dos participantes, bem como o vivenciado durante o desenvolvimento deste estudo, evidenciam tal falta de clareza.

O desenvolvimento e o uso de termos que descrevam as respostas dos pacientes aos problemas de saúde e eventos da vida são essenciais para o desenvolvimento da enfermagem. Isto é evidenciado pela inclusão deste tema em pesquisas e pela atenção internacional que vem recebendo. Tanto a pesquisa quanto os programas educacionais que focam o desenvolvimento, a implementação e avaliação dos termos clínicos de enfermagem são necessários na formação de enfermeiros bem como nos locais onde atuam.

Se os enfermeiros tiverem um grupo consistente de CDs para os DEs, pertinentes à sua área de atuação clínica e tipo de população atendida, identificá-las irá auxiliá-los na percepção precoce e acurada do problema do paciente e no planejamento de intervenções adequadas. Entretanto, os enfermeiros parecem insistir em elaborar e desempenhar complexas intervenções sem nomear o que estão tratando. Parecem cuidar sem conseguir colocar isto em palavras. Desenvolver os DEs é uma maneira de descrever o domínio da enfermagem e comunicar a natureza da assistência.

Quanto aos resultados deste trabalho, pretende-se divulgá-los através de eventos de enfermagem neonatal sobre DEs, bem como publicação. Pode-se depreender que ainda não sabemos o suficiente sobre o fenômeno em questão, o “conflito no desempenho do papel de mãe”, para enriquecer mais a discussão das CDs e propor mudanças substanciais referentes ao contexto da unidade de internação neonatal. Porém, trata-se de um primeiro estudo, o qual pode ser ampliado em termos de amostra, de proposição de CDs e discussão das já existentes, assim como realização de validação clínica. Outra possibilidade se trata do desenvolvimento de estudos que visem acompanhar o desempenho do papel materno das mulheres/mães brasileiras e discutir quais sinais elas emitem que podem ser considerados como conflito.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGELO, M. O contexto familiar. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.2-31.
- AVANT, D. Nursing diagnosis: maternal attachment. **Adv. Nurs. Sci.** 2(1):45-44, 1979.
- AZAMBUJA, S.C.de A mitologia e a realidade da maternidade. **Rev Bras Psicanál**, 20:601-11, 1986.
- BACHION, M.M.; ARAÚJO, L.A.O.; SANTANA, R.F. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada” em idosos: uma contribuição. **Acta Paul Enf**, 15 (4): 66-72, 2002.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBOSA, V.L. **O vínculo afetivo na UTI neonatal: uma questão de reciprocidade da tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem**. São Paulo, 1999. (Tese – Doutorado – Universidade Federal de São Paulo).
- BELLI, M. A. J. Assistência à mãe de recém-nascido internado na UTI neonatal: experiências, sentimentos e expectativas manifestadas pelas mães. **Rev Esc Enf USP**, 29 (2): 193-210, 1995.
- BEZERRA, L.F.R.; FRAGA, M.N.O. Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. **Rev Bras Enferm**, 49 (4): 611-24, 1996.
- BIALOSKURSKI, M. COX, C. L.; HAYES, J.A. The nature of attachment in a neonatal intensive care unit. **J Perinat Neonat Nurs**, 13 (1): 66-77, 1999.
- BOUSSO, R.S.; ANGELO, M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. **Rev Esc Enf USP**, 35 (2): 172-9, 2001.

BRAZELTON, T.B. **O desenvolvimento do apego**: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRETAS, J.R.S.; SILVA, C.V. Mudanças na vida privada familiar: repercussões para maternagem e desenvolvimento da criança. **Acta Paul Enf**, 11(1): 38-45, 1998.

BRUKWITZKI, G.; HOLMGREN, C.; MAIBUSCH, R.M. Validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis ineffective airway clearance. **Nurs Diag**, 7(2): 63-9, 1996.

CARPENITO, L.J. **Nursing diagnosis**: application to clinical practice. 7.ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.

CARPENITO, L.J. They still don't know. **Nurs Diag**, 9(2):15-6, 1998.

CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p.

CARRIÓN, P. G.; GARCÍA, R.S.; CASTILLO, J.D.L.; RUIZ, P.A.; RUIZ, A.P. NANDA nursing diagnose identification and validation in a neonatal unit. **Pediatr Nurs**,23(4):351-58, 1997

CIANCIARULLO, T.I. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. In: CIANCIARULLO, T.I; GUALDA, D.M.R.; SILVA, G.T.R.; CUNHA, I.C.K.O. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002. p.17-37.

CLARK, J; CRAFT-ROSENBERG, M; DELANEY, C. An international methodology to describe clinical nursing phenomena: a team approach. **Int. J. Nurs. Stud**. 37(6):541-53, 2000.

COLLET, N.; ROCHA, S.M.M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev Latino-am Enf**, 12 (2): 191-7, 2004.

- CONFLITO. In: **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- CONOVER, W.J. **Practical nonparametric statistics**. New York: John Wiley & Sons, 1971.
- COSTELLO, Ann & CHAPMAN, Jacqueline. Mothers' perceptions of the care-by-parent program prior to hospital discharge of their preterm infants. **Neonatal Netw.** 17(7):37-42, 1998.
- COYNE, I.T. Parental participation in care: a critical review of the literature. **J Adv Nurs**, 21: 716-22, 1995.
- CRUZ, D.A.L.M. Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na pesquisa. **Rev Esc Enf USP**, 26 (3): 427-34, 1992.
- CRUZ, D.A.L.M. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p.63-84.
- CRUZ, I.C.F. da Diagnósticos e prescrições de enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho. **Texto & Contexto**. 4(1):160-69, 1995.
- CUNHA, M.L.C. da. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. **R. Gaúcha Enferm**, 21 (esp):70-83, 2000.
- DINÂMICA. In: **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- DOBRZYN, J. Components of written nursing diagnostic statements. **Nurs. Diagn.**,6(1):29-36, 1995
- FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**. 16(6):627-29, 1987.

FENWICK, J.; BARCLAY, L.; SCHMIED, V. Struggling to mother: a consequence of inhibitive nursing interactions in the neonatal nursery. **J. Perinat. Neonat. Nurs.** v. 15, n.2. p.49-64. 2001.

FERREIRA, E.A.; VARGAS, I.M.Á.; ROCHA, S.M.M. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. **Rev Latino-am Enferm**, 6 (4): 111-6, 1998.

FLEISS, J.L. **Statistical methods for rates and proportions**. 2.ed. New York: John Wiley & Sons, 1981.

FRAGA, I.T.G. **Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem**. Porto Alegre, 2002 (Dissertação- Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

GARCIA, T.R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul Enf**, 11(3): 24-31, 1998.

GIBSON, Cheryl H. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. **J Adv Nurs.**, 21(6):1201-10, 1995.

GOMES, A.L.H. Vínculo mãe-bebê pré-termo: as possibilidades de interlocução na situação de internação do bebê. **Estilos da clínica**, 6 (10): 89-100, 2001.

GORDON, M. Implementation of nursing diagnoses: na overview. **Nurs Clin North Am**, 22(4): 875-9, 1987.

GRANT, J.S.; KINNEY, M.R. Clinical referents for nursing diagnoses. **J neurosci nurs.**, 24: 94-9, 1992

GUALDA, D.M.R. Fundamentação teórico-conceitual do processo de cuidar. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p.85-92.

- GUARESHI, A.P.D.F. **Vivenciando a comunicação entre a equipe de enfermagem e os pais de recém-nascidos de alto risco**. São Paulo, 2003. (Dissertação – Mestrado – Universidade Federal de São Paulo).
- HAMELIN, K.; SAYDAK, M. I.; BRAMADAT, I. A. Interviewing mothers of high-risk infant: What are their support needs? **Can Nurse**, 93(6):35-8, 1997.
- HENRIKSON, M; WALL, G.; LETHBRIDGE, D.; McCLURG,V. Nursing diagnosis and obstetric, gynecologic and neonatal nursing: breastfeeding as an example. **JOGNN**. 21(6):446-56, 1992
- HOGA, L.A.K.; MUÑOZ, L.A.G; MUÑOZ, E.M. O papel materno na família de baixa renda: um estudo transcultural. **Fam Saúde Desenv**, 2(1): 43-54, 2000.
- HURST, I. Mothers' strategies to meet their needs in the newborn intensive care nursery. **J Perinat Neonat Nurs**, 15 (2): 65-82, 2001.
- IMORI, M.C.; ROCHA, S.M.M.; SOUSA, H.G.B.L. de; LIMA, R.A.G.de. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: revisão crítica da literatura. **Acta Paul Enferm**, 10 (3): 37-43, 1997.
- IYER, P.W.; TAPTICH, B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- JENSEN, D.J.H. The applicability of nursing diagnoses in the neonatal intensive care unit. **Neonatal Network**, 9(2):25-9, 1990.
- KEMP, V.H.; SIBLEY, D.E.; POND, E.F. A comparison of adolescent and adult mothers on factors affecting maternal role attainment. **Maternal-Child Nurs J**, 19(1): 63-75, 1990.
- KIMURA, A.F. A construção da personagem mãe: considerações teóricas sobre identidade e papel materno. **Rev Esc Enf USP**, 31 (2): 339-43, 1997.

KITZINGER, S. **Mães**: um estudo antropológico da maternidade. São Paulo: Martins Fonte, 1978.

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

LEITE, T.M.C. **Produção acadêmica de enfermeiros brasileiros sobre a utilização do brinquedo no hospital**. Campinas, 2004. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

LEWIS-ABNEY, K.; ROSENKRANZ, C.F. Content validation of impaired skin integrity and urinary incontinence in the Home Health Setting. *Nurs Diag*, 5(1): 36-42, 1994.

LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; SCOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev Latino-am Enferm*, 7 (2): 33-9, 1999.

LINDEMAN, M.; HAWKS, J.H.; BARTER, J.K. The alcoholic family: a nursing diagnosis validation study. *Nurs Diag*, 5 (2): 65-73, 1994.

LONG, A.; McCARNEY, S.; SMYTH, G. The effectiveness of parenting programmes facilitated by health visitors. *J Adv Nurs*, 34 (5): 611-20, 2001 apud NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **NANDA Nursing diagnoses**: definitions & classification – 2003 –2004. Philadelphia: Nanda International, 2003.

LUPTON, D; FENWICK, J. 'They've forgotten that I'm the mum': constructing and practicing motherhood in special care nurseries. *Soc Sci Med*, 53 (8): 1011-21, 2001.

MAAS, L.M. Organizational characteristics that facilitate the use of nursing diagnoses. *Nurs Clin North Am*, 22 (4): 881-6, 1987.

- MALDONADO, M.T. **Maternidade e paternidade**: situações especiais e de crise na família. Petrópolis: Rio de Janeiro, 1989. V.2.
- MARTINS, H.A.L. Aspecto psicológico do cuidado dos recém-nascidos e problemas emocionais dos pais de prematuros. **Rev Bras Enfermagem**, 9(2): 61-6, 1956.
- McFADDEN, E.A.; GUNNETT, A.E. A study of diagnostic reasoning in pediatric nurses. **Pediatric Nurs**, 18 (5): 517-22, 1992.
- McGRATH, J.M. Building relationships with families in the NICU: exploring the guarded alliance. **J Perinat Neonat Nurs**, 15 (3): 74-83, 2001.
- MERCER, R.T.; FERKETICH, S.L.; Predictors of parental attachment during early parenthood. **J Adv Nurs**, 15: 268-80, 1990.
- MILES, M. S; CARLSON, J.; FUNK, S.G. Sources of support reported by mothers and fathers of infant hospitalized in a neonatal intensive care unit. **Neonatal Netw.**, 15 (3):45-52, 1996.
- MILES, M.S.; HOLDITCH-DAVIS, D., BURCHINAL, P.; NELSON, D. Distress and growth outcomes in mothers of medically fragile infants. **Nurs res**,.48 (3): 129-40, 1999.
- MONDARDO, A.H.; VALENTINA, D.D. Psicoterapia infantil: ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança. **Psicol Reflex Crit**, 11(3): , 1998.
- MOREIRA, M.E.A. **Estressores em mães de recém-nascidos de alto risco**: sistematização da assistência de enfermagem. João Pessoa, 2001. (Dissertação – Mestrado – Universidade Federal da Paraíba).
- MUNNS, D.C. A validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis “potential for violence”. **Nurs Clin North America**, 20 (4): p.899-904, 1985.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação** – 2001-2002. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **NANDA Nursing diagnoses: definitions & classification** – 2003 –2004. Philadelphia: Nanda International, 2003.

NYSTRÖM, K.; AXELSSOM, K. Mothers' experience of being separated from their newborn. **JOGNN**, 31(3):275-82, 2002.

OLIVEIRA, B.R.G. de; COLLET, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. **Rev Latino-am Enferm**, 7 (5), 95-102, 1999.

OLIVEIRA, E.F.; COSTA, S.F.G. & MOREIRA, M.E.A. Humanização da assistência de enfermagem ao recém-nascido e à mãe na unidade de terapia intensiva neonatal: roteiro sistematizado. **CCS**, 14 (1): 49-55, 1995.

OLIVEIRA, N.M.dos S. **Diagnóstico de enfermagem de ansiedade: validação das características definidoras**. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2001. 92 p.

PAPEL. In: **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

PEREIRA, W.R. O processo de medicalização do corpo feminino. In: SCAVONE, L.; BATISTA, L.E. (orgs). **Pesquisas de gênero: entre o público e o privado**. Laboratório Editorial-Unesp-Araraquara/Cultural Academia Editorial – TEMAS – Coleção do Programa de Pós Graduação em Sociologia – n.1, p.125-152, 2000.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

PROCESSO. In: **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

ROSSEL C, K.; CARREÑO, T.; MALDONADO, M.E.; Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados: un mundo desconocido. **Rev Chil Pediatr**, 73 (1): 15-21, 2002.

SANTANA, M.E.; SAWADA, N.O. Paciente laringectomizado: validação das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem comunicação prejudicada. **Rev Bras Enferm**, 55(6):658-63, 2002.

SANTOS, A. F.dos; CAMPOS, M. A.; DIAS, S. F. P.; CARDOSO, T.V.M.; OLIVEIRA, I.C.S. O cotidiano da mãe com seu filho hospitalizado: uma contribuição para a enfermagem pediátrica. **Esc Anna Nery R Enferm**, 5 (3): 325-34, 2001.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo: McGraw-Hill, 1975.

SINGER, L.T.; SALVATOR, A.; GUO, S.; COLLIN, M.; LILIEN, L.; BAILEY, J.. Maternal psychological distress and parenting stress after birth of a very low-birth-weight infant. **JAMA**, 281 (9): 799-805, 1999.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. VI

SPARKS, S.M.; LIEN-GIESCHEN, T. Modification of the diagnostic content validity model. **Nurs Diag**, 5(1): 31-5, 1994.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente**. São Paulo: Robe, 1993.

STEVENS, K. A. Nursing diagnoses in wellness childbearing settings. **JOGNN**. 17(5):329-36, 1988.

TEIXEIRA, E. T. N. **Adiamento da maternidade**: do sonho à maternagem. São Paulo, 1999. (Dissertação – Mestrado – Fundação Oswaldo Cruz).

TRONCHIN, D.M.R. **A experiência de tornarem-se pais de recém-nascido prematuro**. São Paulo, 2003. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

VICENT, K.G. The validation of a nursing diagnosis: a nurse consensus survey. **Nurs Clin North Am**, 20 (4): 631-40, 1985.

VIEIRA, C.S.; ROSSI, L.A. Os diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA em mulheres com o filho prematuro hospitalizado e o sistema conceitual de King. **Rev Latino-am Enf**, 8 (6): 110-6, 2000.

WALL, B.M.; PHILIPS, J.P.; HOWARD, J.C. Validation of increased intracranial pressure and high risk for increased intracranial pressure. **Nurs Diag**, 5(2): 74-81, 1994.

WERESZCZAK, J.; MILES, M.S. e HOLDITCH-DAVIS, D. Maternal recall of the neonatal intensive care unit. **Neonatal Netw**, 16 (4): 33-40, 1997.

WHITLEY, G.G. Barriers to the use of nursing diagnosis language in clinical settings. **Nurs Diag**, 7 (1); 25-32, 1996.

WHITLEY, G.G. Processes and methodologies for research validation of nursing diagnosis. **Nurs Diag.**, 10(1):5-14, 1999.

WIESEKE, A.; BENNETT, S.; SCHOGER, J. A content validation study of five nursing diagnoses by critical care nurses. **Heart & Lung**, 23(4):345-51, 1994

WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ZABIELSKI, M.T. Recognition of maternal identity in preterm and fullterm mother. **Matern Child Nurs J**. 22(1):2-36, 1994.

ZIEGEL, E.E; CRANLEY, M.C. Adaptação psicossocial da família em procriação.  
In: **Enfermagem obstétrica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.  
p.214-25.



---

**ANEXO**

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

**ANEXO  
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**



CEP, 20/01/04.  
(Grupo III)

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

☒ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

☎ (0\_19) 3788-8936

FAX (0\_19) 3788-8925

🌐 [www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

☑ [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

**PARECER PROJETO: Nº 598/2003**

**I-IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO: "VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM "CONFLITO NO DESEMPENHO DO PAPEL D MÃE": UMA PERSPECTIVA NEONATAL"**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Elenice Valentin Carmona**

**INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP**

**APRESENTAÇÃO AO CEP: 04/12/2003**

**APRESENTAR RELATÓRIO EM: 20/01/05**

**II - OBJETIVOS**

Realizar a validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem, proposto pela NANDA, "conflito no desempenho no papel de mãe" junto a enfermeiros que atuam em unidades de cuidados neonatais e pesquisadores da área e identificar as características definidoras maiores e menores deste diagnóstico.

**III - SUMÁRIO**

O avanço da assistência médica e enfermagem tem possibilitado a sobrevivência de muitos recém-nascidos prematuros e com outras complicações. São pacientes submetidos a longos períodos de internação, que recebem cuidados especializados, sendo muitas vezes a mãe espectadora. Posteriormente, quando seu quadro clínico permite, a mãe passa a assumir grande parte dos cuidados. Assumir este papel muitas vezes não é uma experiência fácil, em razão do ambiente e da situação. O interesse por este assunto vem aumentando porque o crescimento prático e teórico da enfermagem requer um maior domínio dos diagnósticos, como apresenta a literatura e, a unidade neonatal é carente desse estudo.

**IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

Trata-se de um estudo descritivo, baseado em métodos adequados e não envolve riscos para os participantes. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido está grafado de maneira adequada, clara e legível.

**V - PARECER DO CEP**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter

aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

## **VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

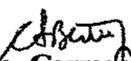
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

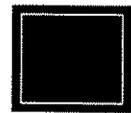
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## **VII - DATA DA REUNIÃO**

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 20 de janeiro de 2004.

  
**Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo**  
**PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**FCM / UNICAMP**



---

**APÊNDICE**

**APÊNDICE 1**  
**JUIZES QUE JULGARAM AS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DAS**  
**CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS (ENFERMEIROS)**

			Participação nas três avaliações das DOs		
JUIZ	Titulação	Área de atuação	Primeira	Segunda	Terceira
Juiz 1	Doutor	Ensino e pesquisa: Enfermagem Materno – infantil (aleitamento, assistência ao puerpério); diagnóstico de enfermagem	■	■	■
Juiz 2	Doutor	Ensino e pesquisa: pediatria (relações mãe-filho; cuidado à criança; cuidado do lactente; recém-nascido)	■	■	■
Juiz 3	Livre Docente	Ensino e pesquisa: pacientes queimados; processo de Enfermagem; assistência perioperatória; unidade de terapia intensiva.	■	■	■
Juiz 4	Livre Docente	Ensino e pesquisa: aleitamento materno; relações familiares; recém-nascido; comunicação.	■	■	■
Juiz 5	Bacharel	Assistência e supervisão: Neonatologia (há 11 anos)	■	■	■
Juiz 6	Livre Docente	Ensino e pesquisa: neonatologia; aleitamento materno	■	-	-

## APÊNDICE 2 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo: *Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Conflito no desempenho do papel de mãe”: uma perspectiva neonatal*

Pesquisador: Enf. Elenice Valentim Carmona

Orientador: Profa. Dra. Maria Helena Baena Moraes Lopes

O objetivo deste estudo é realizar validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem, proposto pela NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), “conflito no desempenho do papel de mãe”, identificando quais as características definidoras maiores e menores, junto a enfermeiros que tenham experiência profissional em unidade de internação neonatal e/ou que tenham realizado estudos ou formação específica sobre diagnóstico de enfermagem relacionado ao tema. Será utilizado o modelo de Validação de Conteúdo proposto por FEHRING, o qual consiste na obtenção de opiniões de enfermeiros, selecionados de acordo com os critérios deste modelo, acerca do grau em que determinadas características definidoras são indicativas de um determinado diagnóstico.

A justificativa para a realização deste estudo é que o cuidado ao recém-nascido deve contemplar o cuidado à mãe, o que significa que devem ser feitos diagnósticos de enfermagem maternos válidos, uma vez que possibilitarão o planejamento da assistência com o objetivo de dar melhores condições para a própria mãe assumir os cuidados de seu filho, estando ela também assistida. Além disso, a capacidade dos diagnósticos de enfermagem em direcionar intervenções e o seu impacto no quadro do paciente estão diretamente relacionados ao quanto a nomenclatura existente tem sido avaliada criticamente e testada sistematicamente.

A participação neste estudo por parte dos enfermeiros significa responder ao instrumento de coleta de dados, um formulário auto-aplicável, o qual deverá ser devolvido pelos mesmos ao pesquisador através do envelope selado recebido junto com o instrumento. Esta participação não significa co-autoria no estudo ou qualquer tipo de vantagem através dele.

Os enfermeiros poderão obter esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas à pesquisa, podendo estes se recusar a responder o formulário, sem qualquer tipo de prejuízo ou desvantagem. Será mantido sigilo quanto à identificação dos participantes, zelando pela privacidade dos mesmos, com garantia de que a identidade não será exposta em conclusões, publicações ou qualquer tipo de divulgação da pesquisa.

Se houver gastos adicionais com reprodução do formulário ou postagem, serão de responsabilidade do pesquisador.

Em caso de reclamações, deve ser contactado o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, cujo telefone é: (0xx19) 3788-8936. O pesquisador pode ser contactado através do telefone (0xx19) 9601-4928 ou e-mail: elenicevalentim@uol.com.br.

### Declaração livre e esclarecida

Eu, \_\_\_\_\_, R.G.: \_\_\_\_\_, COREN: \_\_\_\_\_, declaro ter sido suficientemente esclarecido(a) pelas informações acima e, assim, concordo em participar deste estudo, respondendo e devolvendo o formulário, por livre opção.

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_ R.G.: 25.908.849-3  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**APÊNDICE 3**  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**Número de identificação : \_\_\_\_\_**

- 1) Sexo:  masculino  feminino
- 2) Idade: \_\_\_\_\_ anos
- 3) Tempo de atuação como enfermeiro: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses
- 4) Tempo de atuação como enfermeiro em unidade de internação neonatal: \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses
- 5) Realização de curso de pós-graduação sobre diagnóstico de enfermagem relacionado ao tema deste estudo ou sobre a relação mãe-filho em unidades de internação:  
 não  
 sim:
- 6) Realização de :  
 especialização  mestrado  doutorado  outros: Especificar: \_\_\_\_\_
- 7) Realização de pesquisa sobre diagnóstico de enfermagem relacionado ao tema deste estudo ou sobre a relação mãe-filho em unidades de internação:  
 sim      Título do trabalho: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- não
- 8) Após o término da graduação, participou de quantos cursos sobre diagnóstico de enfermagem?  
\_\_\_\_\_ cursos  
Se não participou de cursos, justifique sua resposta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 9) Você utiliza diagnósticos de enfermagem no seu dia-a-dia?  Sim  Não. Por que?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Na página seguinte é apresentado um quadro com a definição do diagnóstico de enfermagem “Conflito no desempenho do papel de mãe”, características definidoras deste diagnóstico e suas respectivas definições operacionais (tais definições têm como objetivo deixar o significado de cada característica definidora mais claro). Por favor, assinale (utilizando **X**) para cada característica definidora o quanto você considera que ela seja característica deste diagnóstico (pontuação de 1 a 5, como especificado abaixo), levando em conta a sua experiência profissional de assistência neonatal e/ou estudos realizados sobre o tema:

- ( 5 )  **muito** característico do diagnóstico;
- ( 4 ) consideravelmente característico;
- ( 3 ) de algum modo característico;
- ( 2 ) bem pouco característico;
- ( 1 ) absolutamente  **não** característico.

Diagnóstico de Enfermagem: <b>Conflito no desempenho do papel de mãe</b>					
<b>Definição:</b> Mãe experencia confusão e conflito no desempenho de seu papel em resposta a uma crise(NANDA, 2003)					
<b>Sugestões:</b> Este espaço pode ser utilizado para observações, comentários, sugestões e acréscimo de outras definições para este diagnóstico. Use o verso, se necessário.					
<b>Características definidoras e suas respectivas definições operacionais (DO)</b>					
5	4	3	2	1	
<p>Mãe expressa preocupação(ões) com relação a mudanças no papel materno.  <b>D.O.:</b> Mãe expressa preocupação(ões) em relação à incompatibilidade entre as expectativas construídas por ela sobre o seu papel e a realidade que se apresenta (ZABIELSKI, 1994; KIMURA, 1997; CARPENITO, 2002).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p>Mãe expressa preocupação(ões) em relação ao funcionamento da família  <b>D.O.:</b> Mãe expressa preocupação(ões) em relação ao papel que ela desempenha em casa para o funcionamento da família, tanto no sentido de desempenho de atividades quanto de relações interpessoais (BEZERRA e FRAGA, 1996).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p>Mãe expressa preocupação(ões) em relação à comunicação na família.  <b>D.O.:</b> Mãe expressa preocupação(ões) em relação à comunicação na família, entendida como o processo de compreender, compartilhar mensagens recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá o intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas nele envolvidas a curto, médio ou longo prazo (STEFANELLI, 1993).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p>Mãe expressa preocupação(ões) em relação à saúde da família.  <b>D.O.:</b> Mãe expressa preocupação(ões) em relação a estar ausente e ter outros familiares/filhos necessitando de seus cuidados para promoção ou manutenção da saúde (BELLI, 1995; CUNHA, 2000; McGRATH, 2001).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p>Mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização  <b>D.O.:</b> Mãe expressa preocupação(ões) / insegurança quanto aos recursos (emocionais, intelectuais e financeiros) que possui para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização. (ZABIELSKI, 1994; MELLO et al., 2000; CARPENITO, 2002).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>					

<b>Características definidoras e suas respectivas definições operacionais (DO)</b>	5	4	3	2	1
<p>Mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança em casa.</p> <p>D.O.: Mãe expressa preocupação(ões) / insegurança quanto aos recursos (emocionais e/ou financeiros) que possui para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança em casa. (ZABIELSKI, 1994; MELLO et al., 2000; CARPENITO, 2002).</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p><b>Rejeição ou hostilidade para com a criança.</b></p> <p>D.O.: Mãe demonstra ou verbaliza não aceitação, negação, repúdio ou agressividade para com a criança (Dic. HOUAISS, 2001).</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p>Mãe expressa culpa por contribuir para a doença da criança pela falta de conhecimento e julgamento.</p> <p>D.O.: Mãe sente-se responsável pelo estado de doença da criança por julgar que sua falta de informação, falta de compreensão e incapacidade de avaliação ou de apoio levou esta última a tal condição (ZABIELSKI, 1994; Dic. HOUAISS, 2001).</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p><b>Relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio.</b></p> <p>D.O.: Mãe se mostra resistente a participar das atividades usuais de cuidado (verificar temperatura, trocar fraldas, alimentar, amamentar) por insegurança quanto à sua capacidade de desempenhá-las adequadamente e pela crença que a equipe de enfermagem pode sempre fazê-lo melhor (MILES et al, 1996; BIALOSKURSKI et al, 1999; MILES et al., 1999).</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p><b>Declarações negativas a respeito da criança.</b></p> <p>D.O.: Mãe faz comentários sobre características físicas e comportamentais da criança enfocando os aspectos considerados negativos por ela (HOUAISS, 2001; NANDA 2002).</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p><b>Distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado.</b></p> <p>D.O.: Falta de habilidade ou desinteresse demonstrados durante a realização de cuidados (verificar temperatura, trocar fraldas, alimentar, amamentar) que habitualmente desempenha (MILES et al, 1996; BIALOSKURSKI et al, 1999; MILES et al., 1999).</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>					

	5	4	3	2	1
<p><b>Características definidoras e suas respectivas definições operacionais (DO)</b></p> <p>Mãe expressa preocupação sobre a perda percebida de controle sobre decisões relacionadas ao filho .</p> <p><b>D.O.:</b> Mãe expressa preocupação sobre a percepção da impossibilidade de tomar decisões quanto ao filho: plano de cuidados, visitas, colocar no colo, procedimentos e tratamentos (LUPTON e FENWICK, 2001).</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p>Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de culpa com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar.</p> <p><b>D.O.:</b> Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de culpa pela doença da criança e seus efeitos na dinâmica familiar (MILES et al., 1996; CUNHA, 2000; LUPTON e FENWICK, 2001). Definições das palavras = Dic. HOUAISS (2001).</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p>Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de raiva com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar.</p> <p><b>D.O.:</b> Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de raiva (irritação, fúria) pela doença da criança e seus efeitos na dinâmica familiar (MILES et al., 1996; CUNHA, 2000; LUPTON e FENWICK, 2001). Definições das palavras = Dic. HOUAISS (2001).</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p>Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de medo com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar.</p> <p><b>D.O.:</b> Mãe verbaliza ou expressa sentimento de medo (temor por algo determinado, resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como perigo) com relação aos efeitos da doença da criança na dinâmica familiar (MILES et al., 1996; CUNHA, 2000; LUPTON e FENWICK, 2001, NANDA, 2002). Definições das palavras = Dic. HOUAISS (2001).</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p>Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de ansiedade com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar.</p> <p><b>D.O.:</b> Mãe verbaliza ou expressa sentimento de ansiedade (expectativa e receio por algo indeterminado em relação ao qual se considera indefesa) com relação aos efeitos da doença da criança na dinâmica familiar (MILES et al., 1996; CUNHA, 2000; LUPTON e FENWICK, 2001, NANDA, 2002). Definições das palavras = Dic. HOUAISS (2001).</p> <p><b>Ansiedade</b>, de acordo com a definição proposta pela NANDA (2002), é um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado de resposta autonômica (a fonte é frequentemente desconhecida para o indivíduo); um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo.</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>					
<p>Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de frustração com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar.</p> <p><b>D.O.:</b> Mãe verbaliza ou demonstra sentimento de frustração (sentimento gerado por não alcançar o ideal pretendido) com relação aos efeitos da doença da criança na dinâmica familiar (MILES et al., 1996; CUNHA, 2000; LUPTON e FENWICK, 2001). Definições das palavras = Dic. HOUAISS (2001).</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>					

	5	4	3	2	1
<p><b>Características definidoras e suas respectivas definições operacionais (DO)</b></p> <p><b>Mãe verbaliza preocupação em relação à dificuldade para desempenhar o papel materno devido à patologia materna.</b></p> <p>D.O.: Mãe verbaliza preocupação em relação à dificuldade para desempenhar o papel materno devido a problemas físicos ou psíquicos referentes a ela mesma (CUNHA, 2000).</p> <p><b>Sugestões/Comentários</b></p> <p><b>Mãe verbaliza disposição para melhorar o desempenho da maternidade.</b></p> <p>D.O.: Mãe verbaliza e demonstra disposição/boa vontade para melhorar/aumentar o desempenho da maternidade, de forma a criar e manter um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança (LONG et al., 2001 apud NANDA, 2003).</p> <p><b>Sugestões/Comentários</b></p> <p><b>Sugestões:</b> Este espaço pode ser utilizado para observações, comentários, sugestões e acréscimo de características definidoras que você julgar que deveriam estar contempladas neste diagnóstico. Não se esqueça de pontuar as características acrescentadas. Use o verso se necessário.</p>					

**APÊNDICE 4**  
**Formulário para avaliação das definições operacionais das características definidoras**

- 1) Nome: \_\_\_\_\_
- 2) Realiza estudos sobre diagnóstico de enfermagem:  não  sim
- 3) Realiza estudos sobre instrumentos de validação:  não  sim
- 4) Realiza trabalho assistencial:  não  sim

Por favor, avalie as definições operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem "conflito no desempenho do papel de mãe" de acordo com as seguintes características e escala de pontuação:

- Adequação (A) = -1 (não atende à característica); 0 (indeciso); +1 (atende à característica).
- Clareza (C) = -1 (não atende à característica); 0 (indeciso); +1 (atende à característica).
- Mensurabilidade (M) = -1 (não atende à característica); 0 (indeciso); +1 (atende à característica).

<b><u>Diagnóstico de Enfermagem: Conflito no desempenho do papel de mãe</u></b>			
<b>Definição: Mãe experencia confusão e conflito no desempenho de seu papel em resposta a uma crise (NANDA, 2002)</b>			
<b>Sugestões: Este espaço pode ser utilizado para observações, comentários, sugestões e acréscimo de outras definições para este diagnóstico. Use o verso, se necessário.</b>			
<b>Características definidoras e suas respectivas definições operacionais (DO)</b>			
Mãe expressa preocupação(ões) com relação a mudanças no papel materno.			
D.O.: Mãe expressa preocupação(ões) em relação à incompatibilidade entre as expectativas construídas por ela sobre o seu papel e a realidade que se apresenta (ZABIELSKI, 1994; KIMURA, 1997; CARPENITO, 2002).			
<b>Sugestões/Comentários:</b>			
Mãe expressa preocupação(ões) em relação ao funcionamento da família			
D.O.: Mãe expressa preocupação(ões) em relação aos afazeres domésticos e ao papel que ela desempenha em casa para o bom funcionamento da família, tanto no sentido de desempenho de atividades quanto de liderança (BEZERRA e FRAGA, 1996).			
<b>Sugestões/Comentários:</b>			
	A	C	M

A	C	M
<p>Mãe expressa preocupação(ões) em relação à comunicação da família.  D.O.: Mãe expressa preocupação(ões) em relação às informações que estão sendo levadas aos outros familiares na sua ausência e ao significado que estão dando à doença do bebê (BELLI, 1995; CUNHA, 2000; McGRATH, 2001).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>		
<p>Mãe expressa preocupação(ões) em relação à saúde da família.  D.O.: Mãe expressa preocupação(ões) em relação a estar ausente e ter outros familiares/filhos necessitando de seus cuidados para promoção ou manutenção da saúde (BELLI, 1995; CUNHA, 2000; McGRATH, 2001).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>		
<p>Mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização  D.O.:Mãe expressa preocupação(ões) / sentimento (s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança, devido à dificuldade percebida por ela para dominar os comportamentos exigidos para desempenhar seu papel durante a hospitalização; além disso, a incerteza sobre que comportamentos são exigidos pelo novo papel leva à falta de clareza (ZABIELSKI, 1994; CARPENITO, 2002).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>		
<p>Mãe expressa preocupação(ões)/sentimento(s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança em casa  D.O.:Mãe expressa preocupação(ões) / sentimento (s) de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança, devido à dificuldade percebida por ela para dominar os comportamentos exigidos para desempenhar seu papel quando a criança for para casa; além disso, a incerteza sobre que comportamentos são exigidos pelo novo papel leva à falta de clareza (ZABIELSKI, 1994; CARPENITO, 2002).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>		
<p>Rejeição ou hostilidade para com a criança.  D.O.: Mãe demonstra ou verbaliza não aceitação, negação, repúdio ou agressividade para com a criança (Dic. HOUAISS, 2001).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>		

A	C	M
<p>Mãe expressa culpa por contribuir para a doença da criança pela falta de conhecimento e julgamento.  D.O.: Mãe sente-se responsável pelo estado de doença da criança por julgar que sua falta de informação e capacidade de avaliação levou-a à tal condição (Dic. HOUAISS, 2001).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>		
<p>Relutância em participar das atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio.  D.O.: Mãe se mostra resistente a participar das atividades usuais de cuidado (verificar temperatura, trocar fraldas, alimentar, amamentar) por insegurança quanto à sua capacidade de desempenhá-las adequadamente e pela crença que a equipe de enfermagem pode sempre fazê-lo melhor (MILES et al, 1996; BIALOSKURSKI et al, 1999; MILES et al., 1999).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>		
<p>Declarações negativas a respeito da criança..  D.O.: Mãe faz considerações nocivas, prejudiciais a respeito da criança (HOUAISS, 2001).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>		
<p>Distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado.  D.O.: Perturbação, desajuste demonstrado nos cuidados que habitualmente são realizados (HOUAISS, 2001).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>		
<p>Mãe expressa preocupação sobre a perda percebida de controle sobre decisões relacionadas ao filho .  D.O.: Mãe expressa preocupação sobre a impossibilidade de tomada de decisão por parte dela quanto ao filho: plano de cuidados, visitas, colocar no colo, procedimentos e tratamentos (LUPTON e FENWICK, 2001).  <b>Sugestões/Comentários:</b></p>		

A	C	M
<p>Mãe verbaliza ou expressa sentimentos de culpa, raiva, medo, ansiedade e/ou frustração com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar.</p> <p><b>D.O.:</b> Mãe verbaliza ou expressa sentimentos de culpa (responsabilidade pelo dano), raiva (irritação, fúria), medo (temor por algo determinado), ansiedade (expectativa e receio por algo indeterminado em relação ao qual se considera indefesa) e/ou frustração (sentimento gerado por não alcançar o ideal pretendido) com relação aos efeitos da doença da criança no processo familiar (MILES et al., 1996; CUNHA, 2000; LUPTON e FENWICK, 2001). Definições das palavras = HOUAISS (2001).</p> <p><b>Sugestões/Comentários:</b></p>		
<p><b>Sugestões:</b> Este espaço pode ser utilizado para observações, comentários, sugestões e acréscimo de características definidoras que você julgar que deveriam estar contempladas neste diagnóstico. Não se esqueça de pontuar as características acrescentadas. Use o verso se necessário.</p>		