



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

AISIANE CEDRAZ MORAIS

**O CUIDADO À CRIANÇA PREMATURA
NO DOMICÍLIO**

SALVADOR

2008

AISIANE CEDRAZ MORAIS

**O CUIDADO À CRIANÇA PREMATURA
NO DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração em Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marinalva Dias Quirino

**SALVADOR
2008**

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Morais, Aisiane Cedraz

M825c O cuidado à criança prematura no domicílio / Aisiane Cedraz Moraes. – Salvador, 2008.

104 f.: il.

Orientadora: Marinalva Dias Quirino

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2008.

1. Criança prematura. 2. Cuidado do lactente.3.

Assistência domiciliar. 4. Cuidadores. I. Quirino, Marinalva

Dias. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

AISIANE CEDRAZ MORAIS

**O CUIDADO À CRIANÇA PREMATURA
NO DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 21 de fevereiro de 2008.

BANCA EXAMINADORA

**Marinalva Dias Quirino _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia**

**Vera Lúcia Barbosa _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal de São Paulo**

**Sonia Lorena Soeiro Argollo Fernandes _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia**

**Solange Maria dos Anjos Gesteira _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho **às mães cuidadoras**, que se doam aos seus filhos neste cuidado, somando seu senso comum, sua entrega e principalmente seu amor materno incondicional.

Às “flores” Dália, Rosa, Azaléia, Camélia, Jasmim, Hortêncica e Amarílis.

Dedico, ainda, **aos prematuros**, fonte de minha inspiração para este estudo e sujeitos do cuidar/cuidado. Às “estrelas” Hadar, Sírius, Adhara, Alioth, Mimosa, Atria e Orion.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Deus**, por permitir mais uma conquista e ter me dado forças nos momentos em que precisei e ter me protegido nas tantas idas e vindas das viagens.

Aos meus pais, **Auricélia** e **Antonio**, com os quais posso experimentar e trocar amores incondicionais. Meus exemplos de persistência, simplicidade e que sempre me apoiaram em tudo que projeto em minha vida.

Aos meu irmãos, **Ariane**, **Bete**, **Júnior** e **Artur**, por sempre acreditarem no meu potencial e serem minha fortaleza.

Aos meus sobrinhos, **Ytalo**, **Ana Clara** e **Beatriz**, os quais me fazem lembrar do valor que tem as “pequenas coisas” da vida, revigoram-me com suas energias e me alegram com suas ingenuidades.

À **Professora Dr^a Marinalva Quirino**, que soube pacientemente me orientar e me ensinar, além de mostrar com sua sabedoria e experiência como se pesquisar. Além de orientadora, foi grande incentivadora neste momento.

Às colegas da **Universidade Estadual de Feira de Santana**, mais especificamente ao **Departamento de Saúde**, e em especial às colegas de disciplina **Ivis Veloso**, **Rita Amorim** e **Ariane**, que sempre me estimularam, ajudaram e me proporcionaram experiências fundamentais para minha docência.

À **Prof^a Ms^a Marisa Correa Mélo**, eterna professora, que me orientou nas primeiras pesquisas científicas, mostrando-me o quão prazeroso é o pesquisar e cujos ensinamentos foram e são fundamentais para esta pesquisa.

Às **Professoras Dr^a Enilda Rosendo do Nascimento** e **Dr^a Mirian Santos Paiva**, coordenadoras do curso de Pós-Graduação.

Aos **Professores do Mestrado em Enfermagem da UFBA**, por terem contribuído com valiosos ensinamentos.

À **Professora Dr^a Maria Ângela Nascimento**, pelos ensinamentos dispensados e materiais teóricos indicados, que me fez entender mais sobre metodologia de trabalhos científicos.

Às **Professoras Dr^a Vera Lúcia Barbosa** e **Dr^a Marisa Almeida**, pelas colaborações na realização desta pesquisa, pelos materiais teóricos recomendados e pelos ensinamentos.

Aos colegas e funcionários do **Hospital Inácia Pinto dos Santos**, pela amizade e também pelo apoio inclusive na coleta de dados, ajudando-me nos contatos com os sujeitos da pesquisa.

Aos **colegas do Mestrado**, em especial a **Ednamare** e **Elieusa**, com as quais estabeleci uma relação mais próxima e pude encontrar apoio nos momentos difíceis.

Às amigas **Viviane** e **Olívia**, por estarem sempre ao meu lado, mesmo não estando presentes fisicamente.

Às colegas **Ana Celi** e **Juliana Freitas**, cujos encontros permitem trocarmos dúvidas e idéias sobre Neonatologia.

Ao **CRESCER**, grupo de estudo sobre Saúde da Criança e do Adolescente, no qual participei de discussões sobre pesquisas desenvolvidas pelos seus integrantes.

Aos **meus familiares**, que mesmo de longe torceram por mim e entenderam meus momentos de ausência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**), pelo estímulo à pesquisa e pela bolsa de estudo que me disponibilizou durante o curso.

Aos secretários da Pós-Graduação, **Ana Cláudia Conceição Duran** e **Ivanilton de Jesus Moreira**, pelas colaborações e apoio.

Às mães dos prematuros, participantes desta pesquisa, que consentiram minha presença em suas casas, permitindo que eu aprendesse com elas como se cuida de crianças prematuras no espaço mais íntimo de cada indivíduo.

“Cuidar é compreender a magia contida no toque, no olhar e no sorriso, na fala e no silêncio, é compreender o que seja existir”
(POLAK, 1995).

MORAIS, Aisiane Cedraz. O cuidado à criança prematura no domicílio. 2008. 104fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.

RESUMO

O cuidado do prematuro no domicílio suscita preocupações dos profissionais que o acompanham até a alta hospitalar, pois não se tem conhecimento de como este cuidado é dispensado e qual o suporte que as famílias têm. Para entender este processo, é preciso considerar que o prematuro tem particularidades e necessidades específicas e, assim, exige um cuidado diferenciado. Diante destas premissas, o objeto deste estudo consiste no cuidado à criança prematura no domicílio. Tem como objetivo geral conhecer o cuidado prestado à criança prematura no domicílio e como objetivos específicos: identificar o cuidado domiciliar prestado pela mãe e/ou responsáveis à criança prematura; descrever o cuidado prestado ao prematuro no domicílio e descrever os aspectos que interferem neste processo do cuidar destas crianças. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado no cuidado humano, com ênfase no cuidar do prematuro e no Método Mãe-Canguru (MMC) como estratégia de atenção às crianças de baixo peso. O estudo foi realizado nos domicílios de sete famílias, residentes no município de Feira de Santana, que tiveram criança prematura internada no MMC de uma maternidade pública do município, de abril a junho de 2007. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada e a observação descritiva, que aconteceram em dois momentos com cada família. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo, constituindo três categorias temáticas: *o cuidar da criança prematura no domicílio; preocupações que emergiram convivendo com o prematuro e o suporte social para o cuidar do prematuro*. Os dados apontaram que as mães assumem o cuidado integral do prematuro e o realizam pautado nas experiências e orientações que receberam da equipe de saúde durante o internamento. Percebem esta criança como frágil e susceptível a intercorrências e utilizam o bebê a termo como referência para o cuidado. Cuidam da alimentação através da exclusividade do leite materno e se preocupam com o período do desmame. Adotam medidas específicas para a higiene, aquecimento e prevenção de infecções. A vacinação do pré-termo segue parâmetros diferentes. Emergem as preocupações que as cuidadoras têm, explicitamente com o crescimento e desenvolvimento e com as intercorrências comuns nesta criança. Insurgem as dificuldades para o seguimento dos prematuros, pois não há estruturação da terceira etapa do MMC. Com relação ao suporte social, identifica-se que os cuidadores precisam de apoio para este cuidar e que as políticas públicas devem possibilitar atenção integral ao prematuro após sua alta hospitalar. Espera-se que este estudo possa servir de subsídio para as reflexões e ações que visem mudanças na assistência neonatal e participação efetiva da enfermeira em todas as fases do MMC.

Palavras-chave: 1. Criança Prematura. 2. Cuidado do lactente. 3. Assistência domiciliar. 4. Cuidadores.

MORAIS, Aisiane Cedraz. The care given to the premature at home. 2008. 104fl. Dissertation (Pos-graduation in nursing)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.

ABSTRACT

The caring of prematures at home generates concern by the professionals that supervise them until they are discharged from hospital, because there is no way to know how this caring is carried out and also what kind of support the families have. To understand this process it is necessary to consider the premature's specific needs and consequent differentiated care. Thus, the object of this study consists in the care of prematures at home. This research has as its main objective to analyze the care given to the premature at home and the following specific objectives: to identify the domestic care given by the mother or person in charge; to describe the care given to the premature and to describe the aspects that interfere in the process of caring for prematures. This is a qualitative study that had as its basis the human care emphasizing the premature care and the MMC method as attention strategy for low weight children. The study was accomplished in the homes of seven families of the county of Feira de Santana, who had a child in the MMC program of a public Maternity of the referred county from April to July 2007. To collect data, semi-structured interviews were used and also descriptive observation, which occurred in two different moments. The data analysis was made using the content analysis technique and was accomplished based on three thematic categories: *the home caring of the premature, concerns that came from daily caring for the premature, and the social support for this care*. The data collected informed that it is the mother who takes care of the premature and does so based on experiences and directions she received from the health team during internment. Also, she sees the child as fragile and vulnerable to interocurrence and uses the on time baby as reference for caring. Takes care of feeding using exclusively breastfeeding and is concerned about weaning. The mother adopts specific hygiene measures, heating and prevention of infections, vaccination of the premature follows different patterns. The care takers have concerns about the growth and development of the premature, as well as about the most common interurrences. There are difficulties in monitoring the prematures due to the lack of structuring of the third stage of MMC. Concerning the social support, this study shows that the care takers need support for their task, and that the public policies should offer total attention to the premature after hospital discharge. This study is expected to become useful as basis for reflections and actions directed to change the reality of neonatal assistance and the effective participation of the nurse in all MMC phases.

Key-words: 1. Infant premature. 2. Infant care. 3. Home nursing. 4. Caregiver

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	O CUIDADO HUMANO	15
2.2	A CRIANÇA PREMATURA	17
2.3	MÉTODO MÃE CANGURU: ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS DE BAIXO PESO	25
3	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	33
3.1	TIPO DE ESTUDO	33
3.2	LOCAL DE ESTUDO	36
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	37
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	38
3.5	COLETA DE DADOS	38
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	40
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1	CONHECENDO OS CUIDADORES E SUA CRIANÇA	42
4.2	O CUIDAR DA CRIANÇA PREMATURA NO DOMICÍLIO	45
4.3	PREOCUPAÇÕES QUE EMERGIRAM CONVIVENDO COM O PREMATURO	64
4.4	O SUPORTE SOCIAL PARA O CUIDAR DO PREMATURO	75
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista	101
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102

ANEXO A- Parecer de Aprovação do Comitê de Ética UEFS	103
ANEXO B- Carta de Liberação do Hospital	104

1 INTRODUÇÃO

A assistência neonatal avançou muito nas últimas décadas, com a introdução de recursos terapêuticos mais eficazes, recursos tecnológicos mais modernos e humanos especializados. Isso se refletiu na diminuição da mortalidade neonatal, elevando, conseqüentemente, a taxa de sobrevivência do recém-nascido (RN).

Esse avanço técnico-científico, no qual se valorizam as tecnologias e aparelhagens, acaba por fazer com que a assistência biopsicossocial fique em segundo plano e que, em alguns momentos, não sejam resgatados na assistência aspectos importantes, como a presença da família, atendimento individualizado ou valorização de seus traços sócio-culturais, dentre outros.

Diante deste contexto, percebe-se a necessidade de cuidados hospitalares humanizados a estas crianças e familiares, valorizando o bem estar biopsicossocial na recuperação e reabilitação da saúde da criança, a formação e manutenção do vínculo afetivo mãe-filho e uma assistência ao recém-nascido prematuro¹ (RNPT) que tenha continuidade no domicílio.

Os pais devem ser orientados pelos profissionais de saúde sobre o quanto eles são importantes para seu filho e como podem colaborar com o seu desenvolvimento biopsicossocial, proporcionando a formação e/ou fortalecimento do vínculo afetivo entre pai-filho-família.

Alguns aspectos são importantes para que ocorra uma transição adequada do recém-nascido prematuro do hospital para o lar, entre os quais, o fato de que ele não é um recém-nascido de termo deficiente, nem é mais um feto; mas um ser único, que funciona adequadamente dentro dos limites de seu estágio de desenvolvimento. É importante ressaltar que o seu desenvolvimento é um processo contínuo de interação e adaptação do organismo ao meio ambiente, considerando que na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) a estimulação ao RNPT é desordenada e inadequada (RUGOLO, 2004).

Neste sentido, a equipe de saúde pode promover uma estimulação apropriada ao prematuro durante seu internamento, considerando que, para seu desenvolvimento neuropsicomotor e afetivo, o recém-nascido necessita de restabelecimento de saúde,

¹ Nesse estudo, os termos recém-nascido prematuro (RNPT), bebê prematuro, criança prematura, filho prematuro ou prematuro serão utilizados como sinônimos.

promoção de melhores condições para sua adaptação extra-uterina e inserção dos seus pais nesta estimulação.

Ramalhão; Dupas (2003) sugerem que, acompanhar os pais no período da internação, verificando se o contato com seu filho está sendo mantido e como é efetuado é uma forma de colaborar com a recuperação da criança. Esse acompanhamento é importante para que eles conheçam seu filho, identifiquem suas necessidades e, conseqüentemente, saibam cuidar dele na ocorrência da alta hospitalar ou até antes desta, ainda no hospital.

Ao analisar esta transferência do bebê prematuro do hospital para casa, Pereira (2003) refere que geralmente estas crianças, com peso em torno de dois quilos, necessitam de cuidados especiais, devido à maior fragilidade orgânica e emocional. Para estes cuidados especiais, o binômio mãe-filho deve estar preparado e “tanto a mãe quanto a criança têm participação e responsabilidade neste processo, sendo que cada díade mãe/filho é singular e única em sua dinâmica e história” (NÓBREGA, 2005, p. 10).

Assim, para a decisão e o planejamento da alta do RNPT é fundamental equilibrar o seu bem-estar e estabilidade com as necessidades e capacidades da família, a disponibilidade de serviços de suporte na comunidade, permitindo a continuidade da assistência ao prematuro em seu lar.

As necessidades e competências da família estão relacionadas ao amparo que esta pode destinar ao recém-nascido, à capacidade, principalmente materna, de cuidar (entender as necessidades biopsicossociais do prematuro), a compreensão que possui em relação às respostas de satisfação desta criança, às questões sociais, financeiras e culturais que influenciam o entendimento e aceitação do prematuro pela família.

SCOCHI e cols (2003) referem que há evidências de que, em circunstâncias favoráveis, as mães podem assumir o cuidado de seus filhos prematuros, cuidando deles de forma competente, criando vínculo tão forte quanto as mães de bebês nascidos a termo.

A motivação para este estudo teve início durante o curso de graduação em Enfermagem, quando tive minhas primeiras experiências em neonatologia, mais especificamente como bolsista/estagiária de uma maternidade pública. Nesta, minhas atividades eram concentradas no Berçário de Alto Risco, onde experimentei as surpresas em ver pequenos recém-nascidos “lutando para viver”.

Encantei-me ao perceber que era possível que um recém-nascido de 600 gramas sobrevivesse e pude observar a felicidade dos pais na alta deste pequenino, fato por eles considerado inviável e que associavam a um “nascer de novo”.

Posteriormente, fiz especialização em Enfermagem Neonatológica e pude ampliar meus conhecimentos teórico-práticos nesta área e vivenciar situações enriquecedoras profissionalmente.

Durante a especialização, o tema da minha monografia foi “Atuação da equipe de enfermagem no fortalecimento do vínculo afetivo mãe-recém-nascido prematuro”, desenvolvida com a equipe de enfermagem do Berçário de Alto Risco (BAR) de uma maternidade pública. Observei que os profissionais percebem a importância da presença das mães; mas, na prática, encontram dificuldades para incentivá-las a ficar junto dos filhos, pois esta idéia não é aceita por todos os profissionais de saúde. (MORAIS; SOUZA; TORRES, 2004).

Os sujeitos deste estudo confirmaram a importância da presença da família, principalmente da mãe, para a recuperação do recém-nascido prematuro e que, quanto mais fortalecido o vínculo mãe-filho, obter-se-iam melhores resultados para ambos. Porém, esse estímulo por parte da equipe ainda é incipiente, resumindo-se na maioria das vezes ao incentivo da troca de fraldas pela genitora (MORAIS; SOUZA; TORRES, 2004).

Concluída minha especialização, retornei ao berçário de alto risco, atuando como enfermeira assistencial. Chamaram-me a atenção as mudanças ocorridas na assistência ao recém-nascido como: maior frequência da visita das mães e por períodos mais longos, participação destas nos cuidados com seu filho; preocupação da equipe em minimizar os ruídos e luminosidade no ambiente; manutenção dos bebês em posição confortável dentro dos “ninhos”².

Comecei a observar de maneira assistemática a relação entre a mãe e recém-nascido prematuro no BAR e percebi que, geralmente, as mães demonstravam medo e insegurança ao tocar em seus filhos, receando que isso pudesse interferir negativamente na sua evolução.

Posteriormente, quando a criança estava internada na enfermaria Canguru, as mães mostravam menos receio neste contato; entretanto, pareciam inseguras em prestar qualquer tipo de cuidado aos filhos. Algumas ainda apresentavam dúvidas e desconhecimento acerca dos cuidados, mesmo sendo orientadas.

Lembro-me perfeitamente do dia em que uma das mães que estava na enfermaria Canguru, com previsão de alta próxima para o filho, questionou-me: “O que vou fazer com ele em casa?” Essa pergunta me instigou a refletir como esses prematuros seriam cuidados em

² Ninho é um útero artificial, feitos com anteparos de pano, dentro do qual se aconchega o bebê para proporcionar um ambiente confortável.

casa, uma vez que só os acompanhamos até sua alta hospitalar; não os acompanhando no domicílio.

Esse questionamento também me fez acreditar que as genitoras, mesmo acompanhando todo internamento e presentes no cuidado ao filho no hospital, ainda demonstravam dúvidas e insegurança no cuidado em casa, onde não teriam o apoio da equipe de saúde.

Outra motivação para realizar esta pesquisa é o fato de considerar o tema relevante para a ampliação do meu conhecimento e dos profissionais que cuidam de crianças prematuras, tanto em unidades de média, quanto de alta complexidade, e que, provavelmente, desconhecem como esses prematuros são assistidos em seu domicílio após a alta hospitalar. Este estudo permitirá ainda o (re)direcionamento das orientações às mães e/ou familiares que prestarão cuidados aos prematuros no domicílio.

Fundamentada nessas reflexões e motivações, surge o questionamento: **como a criança prematura é cuidada no domicílio?**

Para responder a este questionamento, o **objeto** deste estudo é o **cuidado à criança prematura no domicílio**.

Neste sentido, a pesquisa tem como **Objetivo Geral**:

- Conhecer os cuidados prestados à criança prematura no domicílio.

E como **Objetivos Específicos**:

- Identificar o cuidado domiciliar prestado pela mãe e/ou responsáveis à criança prematura.
- Descrever o cuidado prestado ao prematuro no domicílio;
- Descrever os aspectos que interferem neste processo do cuidar de crianças

prematuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CUIDADO HUMANO

O cuidado é um processo inerente ao desenvolvimento humano, caracterizando-se como essencial em todas as fases da vida.

Ao nascer, o bebê precisa do cuidado dos pais ou de outros familiares; as crianças precisam também de alguém que possa delas cuidar; na adolescência e na fase adulta normalmente o ser humano desenvolve o autocuidado e o idoso possivelmente dependerá de cuidados parciais de outra pessoa.

Assim, o cuidado está tão intrínseco ao ser humano, que se torna condição vital para este, apresentando uma relação estreita na constituição do ser humano.

Esta idéia é sustentada por Collière (1999) quando afirma que cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia. Seria, neste caso, o autocuidado, o cuidar de si. Porém, o cuidado pode ser prestado a outra pessoa e, assim, Collière (1999) acrescenta que o cuidar também é um ato de reciprocidade, ao cuidar temporária ou definitivamente daqueles que precisam de ajuda para assumir suas necessidades vitais.

Neste sentido, Boff (2004) reconhece o cuidado como um modo-de-ser essencial, sempre presente e irreduzível à outra realidade anterior. É uma dimensão originária, ontológica, impossível de ser totalmente desvirtuada.

Vários aspectos são importantes ao analisar o cuidado, pois este ocorre por meio de interações intra e interpessoais e, sendo assim, as questões associadas às relações humanas devem ser consideradas.

Boff (2004) afirma que o cuidar do outro possibilita o estabelecimento de relações, dialogação, expressão de diferenças entre os seres humanos e, desta forma, a criação de espaços para uma experiência mais global e integrada da própria humanidade.

O cuidado para Waldow (2006) consiste em esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência, ajudando a pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura quando um sentido de harmonia interna é estabelecido, independentemente das circunstâncias externas.

No processo cuidar/cuidado estabelece-se uma relação de responsividade do cuidador pelo ser cuidado, onde a capacidade de cuidar está relacionada à importância ou valor que se atribui à pessoa que recebe o cuidado. Ainda, é fundamental que o cuidador perceba as necessidades do ser cuidado e estabeleça nessa interação cuidador/cuidado a satisfação dessas necessidades.

Diante do exposto, entende-se que o cuidado humano somente pode ser praticado através de relações interpessoais e consiste nos fatores cuidativos que resultam no atendimento de certas necessidades humanas, promovendo relações entre o cuidador e o ser cuidado.

As relações entre cuidador/cuidado e os cuidados prestados são classificados por Collière (2003) como: 1. cuidados de estimulação, os quais estão relacionados à aquisição do desenvolvimento psicomotor e do pensamento; 2. cuidados de “confortação” que animam, dão coragem e permitem adquirir segurança; 3. cuidados de manutenção da vida, os quais sustentam, protegem, conservam, favorecem e mantêm as capacidades conquistadas; 4. cuidados do parecer, relacionados com os cuidados de suporte da comunicação não verbal, que contribuem para construir e valorizar a imagem de si próprio, além de estimular o sentimento de identidade do ser cuidado; 5. cuidados de compensação, no qual o cuidador ajuda a compensar as perdas e 6. cuidados de apaziguamento ou de relaxamento, que são utilizados para permitir o repouso, diminuir as aflições e as perturbações.

No cuidado dos pais com o filho, todos esses tipos descritos anteriormente estão presentes, pois eles fornecem todo subsídio para que seu filho cresça saudável e protegido de todos os agravos, ainda pensando nas compensações, caso esta criança tenha alguma perda, como animal de estimação, amigo, mudança de escola, entre outras. Marcon (2004), ao estudar a criação de filhos, entende que criar é enxergar a criança de forma completa, com todas as particularidades e necessidades, atendendo-as mesmo que pareçam insignificantes.

Outra questão inerente no cuidado das crianças é a dependência existente entre a díade cuidador(a)/cuidado. Isto é observado por Waldow (2006) quando afirma que o cuidador assume o cuidado do outro, estabelecendo uma relação de dependência.

Considerando que o cuidado é praticado de forma interpessoal e que este dependerá do que o ser cuidado precisa explicitamente (ou não), a abordagem do cuidado às crianças deve ser diferenciada; pois quase sempre elas deixam suas necessidades subentendidas.

O cuidado à criança prematura se torna ainda mais específico em virtude das suas particularidades, exigindo que o cuidador esteja atento às necessidades humanas básicas

(alimentação, sono e repouso, higiene pessoal, entre outras) como às prováveis complicações e às formas peculiares de comunicação.

2.2 A CRIANÇA PREMATURA

Em todo o mundo, nascem atualmente 20 milhões de crianças prematuras e com baixo peso (BRASIL, 2002). No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, houve um aumento proporcional do número de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, no período de 2000 a 2004. Em relação à prematuridade, a proporção de nascidos vivos prematuros (duração da gestação inferior a 37 semanas) permaneceu estável no Brasil neste mesmo período, com média de 6,6% do total de nascidos vivos (BRASIL, 2004).

Na Bahia, entre os anos de 2000 a 2004, houve um aumento proporcional do número de crianças com baixo peso ao nascer e uma diminuição percentual de prematuros, mesmo que ainda tenha um valor aproximado da média nacional. Em 2004, na Bahia, 5,8% dos nascidos vivos foram prematuros e, nesse mesmo período, a média nacional foi 6,5% (BRASIL, 2004).

Diante do número expressivo de prematuros em relação aos nascidos vivos, a compreensão sobre a prematuridade e a assistência específica possibilita ações direcionadas à promoção da saúde e integridade da vida das crianças prematuras. Logo, o entendimento do prematuro, incluindo seus aspectos psicobiológicos, deve implicar uma assistência individualizada e que aumente sua sobrevida, com o mínimo de seqüelas e proporcione seu crescimento e desenvolvimento dentro de um parâmetro normal.

Prematuro é todo nascimento ocorrido antes de 37 semanas gestacionais, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS ainda reconhece como grupos distintos os recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer (peso de nascimento menor que 1500 gramas, incluindo 1499 gramas) e os recém-nascidos de peso extremamente baixo ao nascer (peso de nascimento menor que 1000 gramas, incluindo 999 gramas) (NAUFEL, 2004).

Assim, a classificação dos prematuros é feita com base em três aspectos: idade gestacional, peso ao nascer e relação entre idade gestacional e o peso. Utilizando o peso como parâmetro, o prematuro pode ser recém-nascido de baixo peso ao nascer (RNBP) que tem peso entre 2500 a 1501 gramas; recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP) com peso

entre 1500 a 1000 gramas e recém-nascido de muitíssimo baixo peso (RNMMBP) com peso inferior a 1000 gramas (GAÍVA; GOMES, 2003; PACHI, 2003).

A relação entre o peso e a idade gestacional (IG) possibilita a classificação do RNPT em: adequados para idade gestacional (RNPT-AIG), cujo peso ao nascer encontra-se entre os percentis 10 e 90 da curva de crescimento intra-uterino; pequenos para idade gestacional (RNPT – PIG), cujo peso ao nascimento está abaixo do percentil 10; e grandes para idade gestacional (RNPT – GIG) cujo peso ao nascer está acima do percentil 90 da curva de crescimento (FREITAS, 2006).

A idade gestacional, parâmetro utilizado para classificar os prematuros, agrupa-os em três categorias, segundo Leone; Ramos; Vaz (2002); Marques (2003); Nader; Pereira e cols (2004).

- Prematuro Limítrofe: tem idade gestacional entre 35 a 36 semanas, peso em torno de 2500 gramas, altura entre 45 e 46 cm de comprimento. Correspondem a 7% dos nascidos vivos e a 65% dos prematuros.

- Prematuro Moderado: tem idade gestacional entre 30 a 34,9 semanas. O peso fica entre 1500 a 2500 gramas e estatura de 39 a 43,1 cm.

- Prematuro Extremo: tem idade gestacional abaixo de 30 semanas, com peso abaixo de 1500 gramas e estatura abaixo de 38 cm. Pela sua imaturidade, apresenta alta morbidade e maior mortalidade quando comparado com os outros prematuros.

O recém-nascido prematuro, independentemente das classificações anteriores, é uma criança de alto risco, que exige cuidados especializados e complexos. Balbino (2004) associa o prematuro a um indivíduo que corre risco de sofrer uma ampla série de problemas pela sua vulnerabilidade biológica, decorrente da imaturidade do sistema nervoso central (SNC), cardiovascular, respiratório, digestivo, hepático, renal, endócrino e imunológico.

Assim, o nascimento de uma criança prematura implica em uma série de adaptações à vida extra-uterina e traz menores possibilidades de sobreviver e de desenvolvimento adequados quando comparado à criança a termo (GAÍVA; FERRIANI, 2001).

O prematuro possui algumas particularidades, demonstradas por estudos de Costa; Marba (2004), Pachi (2003), Balbino (2004), Freitas (2006) e em Bahia (2000) e Brasil (2002), que o caracterizam como uma criança diferente do RN nascido a termo e com necessidades específicas.

Dentre as particularidades, encontra-se a incapacidade de manutenção da temperatura corporal. Esta incapacidade deve-se a vários fatores, como superfície corporal relativamente grande em relação ao peso, menor isolamento térmico pela restrição de tecido

adiposo, pequena massa para produzir calor e para regular e/ou manter a temperatura. O prematuro apresenta ainda inabilidade para conservar calor com uma simples mudança de postura (COSTA; MARBA, 2004; PACHI, 2003; BAHIA, 2000 e BRASIL, 2002).

O sistema respiratório é comprometido pela imaturidade tanto pulmonar quanto do centro respiratório (SNC) e em alguns casos pela restrição de surfactante. Rugolo; Ferlin (2004) referem que o pulmão do prematuro tem inerentes diferenças estruturais, fisiológicas e bioquímicas, tornando este órgão incapaz de responder adequadamente aos insultos pós-natais. São comuns a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) e a apnéia. Associa-se a SDR à elevada taxa de morbimortalidade neonatal, muito freqüente entre os RNPT com IG entre 28 a 30 semanas (BAHIA, 2000).

A apnéia da prematuridade é causada por vários mecanismos, dentre os quais correlaciona-se: a) depressão do centro respiratório; b) função quimiorreceptora imatura; c) relação entre sono e controle respiratório imaturo; d) diminuição da complacência da caixa torácica; e) reflexos por estimulação da laringe posterior, líquidos na laringe, insuflação dos pulmões e distorção da caixa torácica; f) secundária a: infecções; mudanças de temperatura; hemorragia intracraniana; distúrbios metabólicos graves (BAHIA, 2000).

O prematuro apresenta maior índice de distúrbios metabólicos quando comparado ao RN a termo, como alterações de glicose (hipo ou hiperglicemia), hipocalcemia, hipomagnesemia, entre outros. Também há imaturidade celular e humoral, aumentando o risco de infecção. No recém-nascido normal o sistema imune apresenta deficiências quali e quantitativas, mas no prematuro essas deficiências são ainda maiores. Além desta imaturidade no RNPT, outras situações que envolvem o meio intra-uterino, canal de parto e o ambiente hospitalar contribuem para o processo infeccioso (ALMEIDA; BENTLIN, 2004).

A prematuridade predispõe à baixo fator de coagulação e maior fragilidade capilar, conseqüentemente, tendências a hemorragias, sobretudo intracraniana e pulmonar. O prematuro também apresenta baixa filtração glomerular nos rins e redução dos mecanismos de transporte tubular; deficiência da função hepática sendo comum a icterícia, hipoproteinemia e hipoalbuminemia; tem mais possibilidades de retinopatias devido ao desenvolvimento anormal da retina (BALBINO, 2004 e FIGUEIRA, 2004).

As anemias estão associadas a prematuridade, como confirma Santos (2004), pela menor taxa de hemoglobina ao nascimento, deficiência de fatores hormonais que estimulam a eritropoiese, produção inadequada de fatores nutricionais e espoliação sanguínea a que são submetidos.

Existe associação entre o Refluxo Gastroesofágico (RGE) com a prematuridade, devido à pressão abdominal e demorado esvaziamento gástrico. Em alguns casos, o RGE vincula-se a eventos de apnéia (BRASIL, 2002).

O RN, em especial o prematuro por algumas deficiências descritas, tem maior suscetibilidade de desenvolver deficiências nutricionais capazes de afetar negativamente seu crescimento e desenvolvimento após o nascimento (BALBINO, 2004; FIGUEIRA, 2004).

O conhecimento destas particularidades pela equipe de saúde possibilita que esta cuide do prematuro de maneira individualizada, atentando para seus aspectos distintivos e estabelecendo ações e intervenções que correspondam às necessidades que esta criança apresente.

Outro aspecto importante no cuidado ao RNPT é o fato do próprio nascimento trazer aos pais a sensação de incompletude, de não estarem preparados para exercerem seus papéis de mãe e pai respectivamente. Além disso, surgem as preocupações com a saúde da criança, o impacto do bebê idealizado com o bebê real (a pequena criança que acaba de nascer), as dúvidas e despreparo para cuidar de um bebê prematuro.

Assim, os partos prematuros podem não permitir que os pais desempenhem seus papéis pela antecipação do nascimento e conseqüente hospitalização do filho. Neste contexto, podem surgir sentimentos negativos, pois o bebê não corresponde mais ao idealizado e ainda há a probabilidade de se sentirem posteriormente despreparados para cuidar do RNPT.

Considerando em particular a formação de uma identidade materna, sabe-se que ela ocorre proporcionalmente à internalização do papel de mãe. Esse processo normalmente acontece durante a gravidez, período em que a mulher prepara-se para ser mãe. Brazelton; Cramer (1992) afirmam que a gravidez permite uma preparação psicológica, vinculada aos estágios de mudanças corporais da mulher e que, ao final dos nove meses, ela experimenta um sentimento de completude e prontidão.

Brum; Schermann (2004) acreditam que é necessária a existência de uma relação de afeto e de apego como fator primário para um desenvolvimento adequado, corroborado por Bowlby (2004a) quando refere que a sobrevivência das crianças depende da manutenção da proximidade de adultos que desempenham funções de proteção e fornecimento de alimentação, conforto e segurança.

Neste sentido, Barbosa (1999) refere que o apego entre mãe-filho é fundamental na vida do ser humano, pois nesta espécie o recém-nascido depende quase que exclusivamente de sua mãe para sobreviver.

Existem algumas situações que podem levar ao “desconforto” na relação entre o filho e os pais, na qual o primeiro tem medo de perder sua figura de vinculação e pode desenvolver comportamento de ligação limitado. Dentre as prováveis situações, a hospitalização aparece como descontinuidade da vinculação parental (NÓBREGA, 2005).

Bowlby (2004b) pontua que é difícil interpretar as respostas de crianças menores de sete meses quando separadas de sua mãe, pois apresentam reações diferenciadas, o que implica em complexidade de avaliar a significação dessa separação para o desenvolvimento da criança. Relaciona comportamentos de desapego temporário entre o binômio (mais evidente na criança) na ocorrência dessas separações.

De acordo com Scochi e cols (2003), o estabelecimento do vínculo e apego entre mãe e filho em situação de prematuridade pode ser prejudicado pela falta de oportunidades da mãe interagir com o filho, podendo gerar desordens no relacionamento futuro entre ambos.

Ferreira; Vargas; Rocha (1998) afirmam que a privação materna à criança pode trazer efeitos perniciosos, citando por exemplo a angústia, a necessidade exacerbada de amor, culpa, depressão e ainda crianças com distúrbios nervosos ou personalidade instável. Essa idéia é corroborada por Nóbrega (2005) ao associar padrões de anormalidades comportamentais de crianças ou adolescentes a alguma privação de relação com sua genitora durante a primeira infância.

Para Klaus; Kennell (1978) são necessários alguns componentes para que ocorra o apego efetivo entre mãe e filho, como a ocorrência do contato íntimo entre o binômio nos primeiros minutos de vida do bebê, que corresponderia a um período sensível para evolução deste apego e a inexistência de acontecimentos que causem ansiedades ou preocupações em torno do bem-estar do bebê. Deste modo, a separação mãe e filho por qualquer motivo pode trazer prejuízos à formação efetiva do vínculo entre eles.

O vínculo entre mãe e filho é o relacionamento mais consistente entre os seres humanos e nesta relação existe algo de singular, assegurado por fatos antes e após o nascimento. Antes do nascimento, o filho fica dentro do corpo da mãe e após, a mãe assegura a sobrevivência do seu filho, pois permanece por um período de dependência total daquela (KLAUS; KENNEL, 1978).

O processo de vinculação passa por fases diferentes, iniciadas desde o planejamento da gravidez. Durante a gestação esse processo continua através da confirmação da mesma, da aceitação desta, dos movimentos fetais e da aceitação do feto como indivíduo. As fases seguintes são o nascimento e o período neonatal, onde ocorre o contato dos pais com o bebê real (KLAUS; KENNEL, 1990).

Após o nascimento, a formação do vínculo depende do contato estabelecido entre os pais e a criança, momento no qual é possível os pais ouvirem, verem, tocarem, segurarem e cuidarem do filho; permitindo a formação dos laços de afeto entre aqueles (RAMALHÃO; DUPAS, 2003).

Bowlby (2004a) refere que o vínculo afetivo entre pais e filhos se fortalece no decorrer do desenvolvimento da criança, especialmente no seu primeiro ano de vida. Isso confirma que a hospitalização da criança prematura traz prejuízos à vinculação desta aos seus pais.

Assim, a enfermeira deve favorecer para que o contato entre pais e filho ocorra cedo e possibilite situações como uma base segura para o apego. Rocha; Sampionato; Mello (2003) ressaltam que manter a mãe e o bebê juntos logo após o nascimento parece iniciar e estimular a operação de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais conhecidos, que provavelmente vinculam os pais ao bebê.

Para Scochi e cols (2003) a assistência aos pais e a participação da família nos cuidados hospitalares das crianças prematuras tem sido prioridade nos serviços de neonatologia. O longo período de internação dos bebês e a privação do ambiente aumentam o estresse da mãe e da família, o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e do apego.

O contato entre o trinômio (pais e filho) deve ser promovido precocemente, favorecendo a relação entre estes. É um estímulo importante para o crescimento e a percepção do bebê porque excita instintivamente reações emocionais na criança. Acredita-se que a alimentação, o banho e todos os cuidados físicos, como afagar, acariciar, cantar ou falar com o bebê sejam formas de manter o contato com a criança (FERREIRA; VARGAS; ROCHA, 1998).

Entendendo que o contato é essencial para recuperação do bebê e estimulação para o reconhecimento do mundo exterior, faz-se necessário que os profissionais das unidades neonatais incentivem essa interação dos pais e/ou família com o bebê.

Assim, Scochi e cols (2003) assinalam que a equipe de enfermagem das unidades neonatais deve facilitar o contato precoce entre pais e bebês prematuros, visando estabelecer o vínculo e apego, acrescentando que esse é um processo gradual, o qual pode levar mais tempo do que os primeiros dias ou semanas do período pós-natal da criança nascida a termo.

A responsividade materna está relacionada ao apego, considerando que este último tem uma estreita relação com a responsividade e que esta é influenciada também pelas questões culturais. Há ainda interferências do contexto onde se encontram (mãe e filho),

diferenciando o grau de responsividade materna e a capacidade de iniciativa para interação (RIBAS; MOURA, 2004 e ROCHA, SIMPIONATO; MELLO, 2003).

Desta forma, Scochi e cols (2003) consideram que a assistência nas unidades neonatais deve incluir intervenções sistematizadas dirigidas ao favorecimento da relação mãe-filho e família, com vistas ao estabelecimento do vínculo e apego, além do treinamento para o desenvolvimento das habilidades maternas para o cuidado domiciliar da criança.

Apoiar os pais, instruindo-os nas unidades neonatais de como tocar seu bebê, ajudar nos cuidados higiênicos, fornecer a dieta, são medidas simples que poderão determinar mais segurança para o cuidado no domicílio, onde eles não terão mais a equipe de saúde por perto para apoiá-los nestes cuidados.

Estudo realizado por Balbino (2004) com pais de bebês prematuros prestes a alta hospitalar, demonstrou as preocupações daqueles para cuidar do filho no domicílio, considerando-o frágil e portador de características especiais. Entre as preocupações, os pais revelaram apreensão com relação à infecção hospitalar e domiciliar, com relação ao crescimento, desenvolvimento e futuro do RNPT e como prestarão os cuidados ao filho, na sua residência.

Ferreira; Vargas; Rocha (1998) analisando o papel da enfermeira enquanto facilitadora para fortalecer ou estimular o vínculo mãe e filho, referem que, com a nova perspectiva de trabalhar lado a lado com a mãe nas enfermarias e berçários, a enfermeira se vê no delicado papel de assistir, orientar a mãe e dividir com esta o cuidado.

“Dividir o cuidado” com a mãe possibilita seu preparo para cuidar do filho prematuro no domicílio, pois é freqüente ouvir as mães de prematuros dizerem que já cuidaram de crianças, mas que, de uma tão pequena e que nasceu prematuramente ela não saberá como cuidar. Esse papel de cuidador pode também ser estendido ao pai ou outro familiar.

Durante a internação do prematuro, a enfermeira pode apoiar as mães, deixando que estas reajam dentro dos seus ritmos emocionais, aceitando a mãe como ela está, sem julgá-la ou criticá-la (BARBOSA, 1999).

Estudo realizado por Scochi e cols (2003), no Hospital das Clínicas em Ribeirão Preto, demonstrou que após estabilização clínica da criança, quando esta é transferida para o Berçário de Cuidados Intermediários (BCI), a mãe participa mais ativamente no cuidado direto do filho, sendo orientada pela enfermeira, que a prepara para a alta hospitalar com demonstrações e vídeos sobre o cuidado do prematuro. São orientadas sobre higiene corporal, alimentação, vestuário, banho de sol, higiene dos utensílios domésticos e cuidados

terapêuticos específicos. Esta experiência é considerada positiva pelos autores no sentido de orientar e preparar as mães para o cuidado do filho após a alta.

Estes autores afirmam que os pais dos prematuros de baixo peso são considerados população de risco, por apresentarem dificuldades para cuidar deles, necessitando de apoio durante a internação e após a alta hospitalar.

Percebe-se, portanto, o quanto é importante a orientação e preparação destes pais durante a hospitalização da criança, entendendo que a continuidade do cuidado-em domicílio-será realizada pelos pais, devendo-se incorporar esta atividade como inerente à assistência ao recém-nascido prematuro ainda no hospital.

Brum; Schermann (2004) apontam algumas dificuldades que poderão envolver os pais de prematuros, e mais especificamente a mãe, nesta participação do cuidar, entendendo que este é um fator complicador, pois os pais, diante do nascimento antecipado dos seus filhos, vêm-se roubados da euforia em que se encontravam e mergulham em um ambiente de preocupação e agitação. Diante desta situação, sentem-se desorganizados, desnorteados e terrivelmente cansados, sendo incapazes de compreender o que está acontecendo e de responder adequadamente.

Quando estes sentimentos forem evidenciados, faz-se necessário o acolhimento aos pais e encaminhá-los a outros profissionais com a finalidade de estimular o relacionamento entre pais e filho, o desenvolvimento do cuidado por aqueles, minimizando os possíveis efeitos negativos daqueles sentimentos.

Rocha; Sempionato; Mello (2003) enfatizam a importância de ajudar a mãe a estar atenta ao seu bebê e responder afetivamente às suas demonstrações de estabelecer contato.

O cuidado domiciliar ao prematuro pode ser realizado tranquilamente pelos pais ou outro membro da família, desde que conheçam e entendam esta criança. Rocha; Sempionato; Mello (2003) observaram que os estados de consciência do filho correspondem às ações da mãe e cada vez que estas ocorrem, evoca uma resposta e, assim, a mãe tem sua competência confirmada.

O apoio e a segurança dados aos pais de prematuros pela equipe de saúde são essenciais para que eles compreendam a situação de risco à qual o bebê está exposto e, então, saibam como cuidar dele no domicílio (BRUM; SCHERMANN, 2004).

Scocchi e cols (2003) citam o Método Canguru como estratégia importante para desenvolvimento do cuidado materno e o consideram método salutar para o aumento da lactação materna, da confiança nos cuidados prestados ao filho e para favorecer o estabelecimento do vínculo e apego.

O Método Canguru é implementado quando a criança prematura apresenta condições clínicas estáveis e necessita de ganho de peso; porém, poderia ser instalado nas unidades neonatais como estratégia de pré-alta, pois assim facilitaria o contato mãe e filho no hospital e a prepararia para os cuidados domiciliares.

2.3 MÉTODO MÃE CANGURU: ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS DE BAIXO PESO

O Método Mãe Canguru (MMC) consiste numa estratégia de assistência a bebê de baixo peso ao nascer, idealizado e desenvolvido em 1978, em Bogotá (Colômbia), pelo Dr. Edgar Rey, para remediar as deficiências de infra-estrutura no sistema público de saúde (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999).

O MMC é uma alternativa ao método tradicional de tratamento das crianças de baixo peso. Os custos de atenção no MMC são relativamente baixos, pois consiste em um programa simples e natural, com ótima relação custo-benefício e que possibilita a sobrevivência do prematuro (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999).

O método foi criado com o princípio de que a colocação do recém-nascido contra o peito da mãe promoveria maior estabilidade térmica, substituindo as incubadoras, permitindo alta precoce, menor taxa de infecção hospitalar e conseqüentemente, melhor qualidade da assistência, com menor custo para o sistema de saúde (OLIVEIRA, 2002).

Segundo definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o Método Mãe Canguru consiste na assistência neonatal que implica contato precoce entre a mãe e seu filho de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que acharem prazeroso, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido.

Desta forma, o Método Canguru, pelo posicionamento da criança e contato desta com sua mãe, favorece o fortalecimento do vínculo entre estes e estimula o aleitamento materno.

No Brasil, o MMC foi implantado no início da década de 90, como forma de promover um contato precoce entre mãe e filho, e como uma alternativa para otimização dos leitos neonatais e possibilidade de alta hospitalar precoce (CAETANO; SCOCHI; ANGELO, 2005).

Os primeiros hospitais a inserir a posição canguru, foi o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, e em seguida o Instituto Materno e Infantil de Pernambuco, em Recife. Posteriormente, outros hospitais introduziram o MMC, embora em algumas situações nem sempre com metodologia e critérios adequados (OLIVEIRA, 2002).

No Brasil, o Método Canguru foi adotado, além dos aspectos citados anteriormente, como uma estratégia de humanização da assistência perinatal, implantado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 693 (em 05/2000), através da Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso, e implementado em 2002 (BRASIL, 2002).

Ressalta-se que só se considera como MMC os sistemas que o realizem de maneira orientada, por livre escolha da família e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente habilitada (BRASIL, 2002). Podem participar do método a mãe, pai ou outro membro da família, desde que sejam orientados para o mesmo.

O MMC consiste em manter a criança, ligeiramente vestida, em decúbito prona, na posição vertical contra o peito da mãe e envolto com uma faixa (na forma de uma bolsa semelhante à de um canguru), prendendo-o à mãe. A recomendação desta posição, baseia-se no fato do contato materno transmitir calor e promover estímulo sensorial e a posição vertical evitar o refluxo gastroesofágico e conseqüente broncoaspiração. A criança pode permanecer nesta posição por várias horas, tendo como limitações: a fadiga, o asseio pessoal ou outras necessidades de sua mãe, assim como qualquer outro componente da família (MILTERSTEINER, 2003).

Este contato com o prematuro apresenta algumas vantagens:

- aumento do vínculo mãe-filho;
- menor tempo de separação mãe-filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial;
- estímulo ao aleitamento materno, favorecendo maior frequência, periodicidade e duração;
- maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, mesmo após alta hospitalar;
- melhor controle térmico;
- menor número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários, devido à maior rotatividade de leitos;
- melhor relacionamento da família com a equipe de saúde;
- diminuição da infecção hospitalar;
- menor permanência hospitalar (BRASIL, 2002).

Outros benefícios do MMC para o pré-termo são adequação da oxigenação e do sono, menos episódios de bradicardia, diminuição ou ausência do choro e aumento da atividade de alerta. Para os pais integrantes, o método incrementa a autoconfiança, a autoestima e a competência para cuidar do filho, provoca impactos positivos na identidade dos pais e conhecimento da criança, início e manutenção do comportamento materno e maior frequência de visitação (MILTERSTEINER, 2003).

O MMC proporciona maior vínculo entre os pais e seu filho, permite um melhor relacionamento entre estes, pois estreita os vínculos do binômio mãe/filho. Ferreira; Vieira (2003) mencionam que a relação de apego proporcionada pelo método mãe-canguru garante ao pequeno ser humano a força do apoio e do equilíbrio emocional, que somente uma mãe pode proporcionar.

Para Freitas (2006), a prática deste método proporciona uma maior aproximação entre a família, a criança prematura e a equipe de saúde, como também contribui para o desenvolvimento de uma assistência pautada no envolvimento, na dedicação e na humanização do cuidado.

Ferreira; Vieira (2003) avaliaram a influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em UTIN e concluíram que o MMC contribui para a indissolubilidade da relação mãe-filho, zela pelo apego desta díade e promove vantagens socioeconômicas; recomendam a utilização do MMC como um programa na recuperação do RN internado e ajuda à mãe diante desta situação. Consideram que é uma forma das equipes multiprofissionais, e principalmente, enfermeiros em contato contínuo com o paciente, de promover e efetivar o apego e realizar uma abordagem holística, cuidando do físico, do social e do emocional do paciente.

Para a aplicabilidade do método, é fundamental que a equipe de saúde que cuida do binômio seja habilitada a desenvolvê-lo e conheça a importância deste. Assim, a equipe deve estar sempre disponível às famílias, amenizar seus medos, angústias e inseguranças, responder às suas preocupações e dúvidas, auxiliar no desenvolvimento de algum cuidado com o bebê.

O fato de o MMC ser uma estratégia que contempla a humanização e integralidade do cuidado sinaliza que a assistência deve ser dirigida ao bebê e sua família, e para isso são necessários subsídios à prática assistencial, tendo como foco de atenção a família e o bebê em um mesmo contexto, considerando a experiência de todos os seus membros nessa metodologia de assistência (CAETANO; SCOCHI; ANGELO, 2005).

Este pensamento é corroborado por Ferreira; Vieira (2003) quando consideram que, para o sucesso do método, a família deve ser estimulada e orientada a participar e ressalta o

papel da enfermagem como de grande relevância, porque esta pode auxiliar e apoiar os pais na realização dos cuidados prestados ao filho.

Neste sentido, a enfermeira contribui efetivamente para a integração e participação da família no cuidar do prematuro no MMC, planejando, executando, acompanhando e avaliando as orientações para este cuidado específico.

Ainda, para a melhor utilização do MMC é imprescindível que sejam implantadas as três etapas de que este consiste, de forma articulada, como é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

A **Primeira Etapa** deve ocorrer após o nascimento de uma criança prematura que, na impossibilidade de ir para alojamento conjunto, necessita de internação na unidade de terapia intensiva neonatal e/ou de cuidados intermediários.

Os pais e a família devem ser orientados sobre as condições de saúde da criança, ressaltando as vantagens do método. Especial atenção é dada no sentido de estimular a entrada dos pais na unidade e estabelecer contato pele a pele com a criança, desde que as condições clínicas o permitam. Estimula-se a amamentação e a participação dos familiares nos cuidados com o bebê. A posição canguru deve ser proposta sempre que possível e desejada.

A equipe deve ressaltar a importância da atuação dos pais e familiares na recuperação da criança e lhes explicar sobre os procedimentos realizados. O apoio emocional contribui para melhor entendimento da família sobre as condições do bebê e conseqüentemente, maior participação desta.

A enfermeira deve atuar no sentido de promover maior contato dos pais e familiares com a criança, permitindo a presença destes junto à criança, explicando-lhes constantemente a evolução desta, procedimentos realizados e em quais cuidados a família pode participar. A enfermeira coloca-se à disposição para esclarecer as dúvidas, amenizar os medos e preocupações dos familiares.

Na **Segunda Etapa**, o bebê já apresenta condição clínica estável, ganho de peso regular por pelo menos três dias e tem um peso superior à 1250 gramas. A mãe encontra-se segura, orientada e deve ter certeza que deseja participar dessa assistência. Em caso de impossibilidade da mãe, o pai ou outro membro da família pode integrar-se nesta etapa.

Para Lamy (2003), uma das grandes vantagens desta etapa é preparar a mãe para o momento da alta, a qual acontece mais cedo do que no método tradicional, devido à segurança materna e estabilidade do bebê.

Após o período de adaptação e treinamento realizados na etapa anterior, a mãe e a criança estarão aptas a permanecer em alojamento conjunto onde a posição canguru será realizada pelo maior período em que ambos acharem seguro e agradável.

Caetano; Scochi; Angelo (2005) assinalam que assumir o filho no MMC representa uma decisão consciente da família, que também aceita viver e passar pelas conseqüências dessa decisão. Aceitar o MMC implica em alterar papéis e passar pela separação dos familiares. A repercussão não é somente emocional, mas também com relação à condição de vida das famílias. Neste sentido, a vigilância e o apoio da equipe de saúde são fundamentais para o sucesso do método.

Nesta etapa, a mãe ou o pai é quem se compromete a realizar os cuidados físicos e emocionais à criança de acordo com o preconizado pelo MMC; mostram um maior comprometimento com o filho, apresentam mais confiança e habilidade de estimulação e apego e conseguem elaborar melhor seus sentimentos negativos em relação ao internamento anterior. Esse momento é fundamental para preparação da alta hospitalar.

Na segunda etapa, a enfermeira deve orientar a mãe para o cuidado direto do filho, demonstrando e, posteriormente, supervisionando este cuidado, aproveitando este momento para prepará-la para a alta hospitalar e desenvolvimento destes cuidados no domicílio.

A transferência para a próxima etapa ocorre quando a criança estiver com um peso mínimo de 1500 gramas, clinicamente estável e ganhando peso em aleitamento materno exclusivo com sucção ao seio materno. A mãe e os familiares devem estar seguros quanto ao manuseio da criança, e comprometidos em mantê-la, no domicílio, na posição canguru durante as 24 horas do dia.

Preconiza-se ainda para esta etapa, a condição de acompanhamento ambulatorial com a vinda ao hospital pelo menos três vezes por semana na primeira semana após a alta, e duas vezes por semana da segunda semana em diante, até atingir um peso mínimo de 2500g. Geralmente, em torno desse peso, a posição canguru já deixa de ser realizada. Outro critério é ter condição de recorrer à unidade hospitalar de origem a qualquer momento de urgência.

A **Terceira Etapa**, ou *follow-up*, consiste primordialmente em acompanhamento ambulatorial da criança após a alta, através do qual deve-se avaliar a criança (levando-se em conta a idade gestacional corrigida), analisar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família, corrigir situações de risco (ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecções ou apnéias), orientar e acompanhar tratamentos especializados e orientar esquemas de imunizações.

Esse seguimento deve ser multidisciplinar e estar disponível para atender esta criança quando ela precisar, mesmo que não haja agendamento prévio. Para Mello; Meio (2003), o *follow-up* deve ser continuado até a idade escolar, pois a identificação de problemas durante a infância permite que algumas intervenções sejam realizadas e que, assim, as crianças alcancem seu máximo potencial de desenvolvimento e crescimento, integrem seu ambiente familiar e escolar e conquistem boa qualidade de vida.

Na prática da pesquisadora, tem-se observado que essa terceira etapa é incipiente (quando não inexistente) em alguns serviços de saúde, pois poucas unidades oferecem esse acompanhamento sistematizado aos binômios que participaram do MMC, os quais fazem acompanhamento posterior à alta, independente da unidade de saúde onde esteve internado até a segunda etapa do MMC.

Fujinaga (2002) afirma que os cuidados especiais dispensados às crianças prematuras, após a alta hospitalar, vão além das necessidades e rotinas de seguimento de um bebê a termo e saudável, devido ao risco ao qual elas estão expostas, e por apresentarem padrão de crescimento anormal, deficiências motoras, auditivas, de linguagem, aprendizado e socioemocionais, dentre outras, o que expressa a necessidade de um atendimento sistematizado em longo prazo. Este autor enfatiza que a alta hospitalar não é sinônimo de resolução dos problemas dessas crianças, e que devem receber acompanhamento interdisciplinar contínuo, para detecção de problemas e intervenções precoces.

Esta idéia é corroborada por Rugolo (2004) quando refere que a alta hospitalar é a primeira batalha vencida e que muitos problemas podem ocorrer ou manifestar-se posteriormente, refletidos pela taxa de morbidade nos primeiros anos de vida e, conforme observou no ambulatório de seguimento de recém-nascidos de muito baixo peso da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), um terço daquelas crianças são reinternadas no primeiro ano de vida.

Nesse sentido, percebe-se a importância da implantação sistemática da terceira etapa do MMC, articulada com serviços que apoiem as famílias destas crianças; pois, nesta etapa, são aquelas que exercem o cuidado integralmente no domicílio, o que é variável de acordo com o contexto de cada uma delas.

Lacerda; Oliniski (2004) compreendem cuidado domiciliar como o processo desenvolvido com o ser humano, tanto o paciente como os familiares, no contexto de sua residência. Abrange o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de clientes de diferentes faixas etárias, em resposta às suas necessidades e às de

seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar; ou de pessoas em fase terminal.

Toma (2003) menciona que a fase domiciliar do MMC permite obter uma melhor compreensão das reais condições para o cuidado da criança; pois, em casa, entram em jogo outros fatores, como a presença do companheiro e de outros filhos e as tarefas domésticas, havendo uma tendência do MMC ser praticado de maneira mais livre.

É importante lembrar que, no domicílio, as pessoas cuidam em seu seio familiar, utilizam os recursos disponíveis, contam com o fato de se ter um familiar cuja necessidade de cuidados é cotidiana e a manutenção da vida pode ser realizada por um daqueles familiares. (LACERDA; OLINISKI, 2004).

Para Rodrigues; Almeida (2005), a assistência domiciliar visa a manutenção, promoção e/ou restauração da saúde do paciente, além do desenvolvimento e adaptação de suas funções para favorecer o restabelecimento de sua independência e preservação de sua autonomia no domicílio.

Moraes; Cabral (2004) em estudo realizado com as famílias de crianças egressas de UTIN, observando como estas internalizam o cuidado no espaço domiciliar, concluíram que as famílias podem efetivamente cuidar da criança neste espaço; utilizam instrumentos mediadores como a aprendizagem social (fala social, observação, demonstração e o corpo cognoscível) e materiais (do meio hospitalar e do meio domiciliar) que estão disponíveis no contexto sociocultural de cada uma delas.

O cuidado domiciliar ajuda a criança a crescer e se desenvolver pelo atendimento de suas necessidades físicas, espirituais, afetivas e cognitivas com o intuito de evitar a reinternação hospitalar e promove o seu bem-estar e uma qualidade de vida. Neste contexto, deve-se observar tanto a criança quanto sua família, pois muitas vezes a equipe de saúde desconhece os hábitos, costumes, condições socioeconômicas dos familiares que cuidam daquela, assim como não sabe sobre as habilidades cognitivas e instrumentos utilizados pelo cuidador (MORAES, 2003).

A equipe de saúde deve considerar o domicílio como um espaço de promoção de saúde, onde a família emprega recursos internos, somados (ou não) aos externos, para manter ou restabelecer a saúde da criança prematura.

Considerando todos os aspectos mencionados, compreende-se a importância da integração da equipe multiprofissional com as famílias, no sentido de conhecer como esse cuidado é realizado no domicílio, permitindo avaliar como acontece a terceira etapa MMC no

dia-a-dia, o suporte que a família e comunidade oferecem ao cuidador e quais os recursos utilizados no atendimento integral da criança.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Realizar uma pesquisa que permita conhecer como a criança prematura é cuidada no domicílio é uma questão instigante, sempre que a pesquisadora observa um prematuro receber alta na sua prática profissional. Procurando uma forma de investigar e encontrar respostas às indagações relacionadas, optou-se pela metodologia qualitativa, por ser a mais adequada para atingir os objetivos propostos, já que se preocupa com uma realidade que não pode ser quantificada.

De acordo com Minayo (2004), a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para Ohl (2006), a pesquisa qualitativa se torna apropriada para a compreensão dos acontecimentos que cercam a realidade do ser humano de forma mais abrangente, na qual há uma compreensão de forma mais holística do sujeito.

A pesquisa qualitativa também permite compreender o problema no meio em que ocorre, sem criar situações artificiais ou que levem a interpretações ou generalizações equivocadas, nas quais o conhecimento a respeito do sujeito só será possível com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida (CABRAL, TYRREL, 1998).

Neste modelo de investigação, há uma interação entre pesquisador e sujeito pesquisado, sendo necessária uma aproximação do pesquisador com a realidade daquele. Assim, é fundamental realizar o trabalho de campo que, segundo Minayo (2004), apresenta-se como uma possibilidade de se conseguir não só uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo. Desta forma, o trabalho de campo torna-se uma etapa essencial no desenvolvimento da pesquisa qualitativa.

Minayo (2004) refere que não se pode ir para a atividade de campo sem se prever as formas de realizá-lo, pois improvisar nesta etapa da investigação significaria correr o risco de romper os vínculos com o esforço teórico da fundamentação. Neste sentido, para exploração do campo foram utilizadas as técnicas de **Observação Direta Descritiva** e **Entrevista**.

A observação direta é realizada através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Observar não é simplesmente olhar, mas destacar de um conjunto algo específico. Observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado do seu contexto para que, na sua dimensão singular, seja possível captar sua essência numa perspectiva ampla e, ao mesmo tempo, contradições, dinamismos e relações (MINAYO, 1999; TRIVIÑOS, 1987).

Neste estudo foi utilizada a **Observação Direta Descritiva**, considerando que esta permite um contato mais ativo do pesquisador com o contexto estudado.

A observação descritiva é realizada de forma totalmente livre, embora o investigador de campo deva estar sempre focalizado no que constitui seu objeto de estudo (MINAYO, 2006).

A observação descritiva utilizada nesta pesquisa teve o intuito de observar o cuidado prestado à criança prematura no domicílio e enfocou os seguintes aspectos:

- Espaço domiciliar;
- Relação do cuidador com a criança;
- Cuidados prestados durante a visita do pesquisador;
- Participação da família como auxiliadora do cuidador;
- Acesso/distância do domicílio aos serviços de saúde.

Outros aspectos que apareceram espontaneamente em cada contexto domiciliar foram observados e registrados no **Diário de Campo**.

O **Diário de Campo**, utilizado como instrumento de registro, assegura a precisão dos dados coletados através da observação. Devem ser registrados as ocorrências e os diálogos estabelecidos entre o pesquisador e o sujeito entrevistado, e os registros mais amplos que englobam a descrição dos eventos e o exercício de síntese e de compreensão dos dados pelo pesquisador. Neste diário não se registram as entrevistas formais, mas observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que digam respeito ao tema pesquisado (KAKEHASHI; PINHEIRO, 2006; MINAYO, 2004).

Nesta pesquisa, o Diário de Campo foi elaborado a partir das visitas da pesquisadora aos domicílios. Não constaram os contatos feitos no hospital, pois não correspondiam aos

objetivos do estudo. Foi relatada apenas a primeira visita ao hospital, para explicar como aconteceram os primeiros contatos com os sujeitos do estudo.

A elaboração do Diário de Campo aconteceu espontaneamente, com registros informais, sem rigor teórico, mas com anotações pertinentes para o entendimento do objeto de estudo. Os registros eram feitos após cada visita, na residência da pesquisadora.

Outra técnica utilizada na coleta de dados foi a **Entrevista**, pois permite, com base na interação pesquisador-participante, uma proximidade que propicia aos participantes a oportunidade de revelar sentimentos e aspirações pelos relatos espontâneos e repletos de significações a respeito da experiência (MATHEUS, 2006).

Optou-se pela **entrevista semi-estruturada** por esta permitir uma maior interação entre pesquisador e sujeito do estudo, além de possibilitar a percepção de sentimentos, emoções e valores.

Segundo Chaves; Domingues (2006), a entrevista semi-estruturada oferece grandes possibilidades de interrogativas e permite que o entrevistado participe na elaboração do conteúdo da pesquisa à medida que vai respondendo, espontaneamente, a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador.

Minayo (2004) afirma que a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas (não estruturadas), na qual o entrevistado discorre sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Desta forma, a entrevista semi-estruturada não impõe uma ordem rígida de questões e o entrevistado responde as questões com base nas informações que detém, proporcionando maior liberdade de expressão.

A entrevista semi-estruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e por ter apoio claro pela seqüência das questões, facilita a abordagem do pesquisador com o entrevistado (MINAYO, 2006).

As entrevistas foram gravadas, a fim de garantir a precisão dos dados coletados e as **questões norteadoras** foram (**Roteiro de Entrevista/Apêndice A**):

- **Como você cuida desta criança prematura em casa?**
- **Como é cuidar desta criança?**
- **Que fatores interferem neste cuidado?**

Além destas questões, foram incluídos, durante a entrevista, **Dados Sócio-demográficos** (**Apêndice A**), com a finalidade de caracterizar os participantes da pesquisa.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nos domicílios de crianças prematuras provenientes do Método Mãe-Canguru de uma maternidade pública, localizada no município de Feira de Santana.

O município de Feira de Santana está situado a 110 km da capital, Salvador, é a segunda cidade mais importante do estado da Bahia e o principal entroncamento rodoviário deste estado. A população é de 535.820 habitantes no ano de 2006, caracterizando o município como um dos mais importantes centros regionais da Bahia (BRASIL, 2006).

A maternidade referida é integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e atende mulheres procedentes de todo o município e de cidades adjacentes, oferece serviço ambulatorial (pré-natal de médio e alto risco, imunização, curativo, preventivo, angiologia e proctologia para mulheres, ultra-sonografia, consulta pediátrica e puericultura, raios-X, ECG) e hospitalar. Possui três enfermarias, totalizando noventa e cinco leitos. A enfermaria C tem 28 leitos, funciona como alojamento conjunto para puérpera de parto normal, possui dois quartos para isolamento.

A maternidade recebeu em 1995 o título de Hospital Amigo da Criança, oferecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância.

O hospital possui um berçário com 16 leitos, divididos em 08 leitos de Alto Risco e 08 para Médio Risco. Atualmente, nos leitos de alto ou médio risco, são internados RNs que necessitam de assistência intensiva, visto que no município o número de leitos para esta finalidade é insuficiente.

Possui o Espaço da Puérpera, com dez leitos para puérperas com alta hospitalar, cujos filhos continuam internados.

A enfermaria Canguru foi implantada no dia oito de março de 2002 e possui cinco leitos para o binômio mãe-filho que se encontram na segunda fase do Método Mãe-Canguru (MMC).

No MMC, é permitida a presença da mãe, pai e outros familiares, mas apenas a mãe tem permanecido no MMC do HIPS. O binômio fica integralmente no setor, sendo atendido diariamente pelo pediatra/neonatologista, equipe de enfermagem e fisioterapeuta.

Esporadicamente, são desenvolvidas por voluntários ou estagiários de escolas técnicas de enfermagem atividades lúdicas ou artesanais com as mães do MMC.

A média de tempo de permanência dos sujeitos da pesquisa no MMC foi entre doze a vinte e nove dias.

Os **domicílios visitados** localizavam-se em bairros periféricos do município, distantes da maternidade e de outros serviços de saúde (posto de saúde, unidades de Saúde da Família ou centros especializados). Dentre os visitados, apenas um ficava próximo a uma unidade básica de saúde.

Com o cuidador e seu filho, observou-se que outros membros da família (mãe, pai, sogros, irmãos, entre outros) moram conjuntamente; com exceção de duas famílias, em cujas casas residiam somente os pais e o filho prematuro.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram mães das crianças prematuras. Os critérios de inclusão destas mães, também chamada de cuidadoras, foram: ter uma criança prematura internada no MMC do HIPS de abril a junho de 2007, residir no município de Feira de Santana e já ter recebido alta hospitalar. O total de mães entrevistadas foi sete.

A seleção destes sujeitos deu-se no MMC do HIPS, onde a pesquisadora manteve o primeiro contato com o binômio. Naquele momento, explicava-se às mães os objetivos da pesquisa e caso concordassem, eram colhidos os dados referentes ao endereço e forma de contato (telefone fixo dela e/ou vizinhos, telefone móvel - celular - dela ou de algum membro da família).

No momento da alta ou em até dois dias após, estabelecia-se um novo contato com esta mãe, a qual agendava o dia e o horário da visita, de acordo com sua disponibilidade.

Considerou-se um período de 08 a 14 dias pós-alta para realização da primeira visita domiciliar, pois o retorno ambulatorial do binômio é agendado com quinze dias pós-alta.

Inicialmente, não se delimitou o número de entrevistados, partindo do pressuposto de que seriam realizadas as entrevistas até que elas se tornassem repetitivas e/ou atendessem o objeto de pesquisa.

Dessa forma, a pesquisa foi realizada no domicílio de sete binômios e coincidentemente, todos os sujeitos entrevistados foram as mães, pois eram estas que cuidavam integralmente das crianças prematuras em casa.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida com base nas normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos estabelecidas pela Resolução 196/96, usando o protocolo de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos. (BRASIL, 1996).

Os sujeitos foram informados pela pesquisadora sobre os objetivos do estudo e só se iniciou a coleta de dados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCE) (**Apêndice B**).

No período da coleta, oito mães atendiam aos critérios de inclusão, porém, uma cuidadora recusou-se a participar da pesquisa. Desta forma, a pesquisa foi realizada com sete sujeitos.

A confidencialidade e a privacidade dos sujeitos foram asseguradas através de códigos de identificação, substituindo seus nomes verdadeiros por nomes fictícios, utilizando nome de flores para as mães e nome de estrelas para as crianças.

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS), que emitiu o parecer de aprovação (**Anexo A**).

O contato inicial com os sujeitos do estudo foi realizado após a coordenação do HIPS ter entregue à pesquisadora uma autorização (**Anexo B**) permitindo-a aproximar-se dos binômios participantes do MMC.

A pesquisa não apresentou riscos aos sujeitos envolvidos, respeitando as exigências da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) e quando se percebeu alguma ação ou negligência por parte do cuidador que oferecia risco à integridade da saúde do prematuro, após a entrevista foram feitas orientações àquele no sentido de proteger a criança.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados de maio a agosto do ano de 2007, sendo iniciada após aprovação do CEP/UEFS.

O período da coleta foi ampliado devido à interdição dos Berçários (Alto e Médio risco) do HIPS pela ocorrência de infecção hospitalar. Segundo informação da Comissão e Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HIPS, o Berçário de Alto risco ficou interdito 23 dias (de 06/05 a 28/05/07), o Berçário de Médio Risco 10 dias (de 06/06 a 15/06) e o Espaço do MMC 23 dias (de 04/06 a 26/06). Isto diminuiu a demanda do MMC, de onde eram provenientes as crianças cujas mães eram os sujeitos da pesquisa.

As visitas domiciliares a cada binômio aconteceram em dois momentos: a primeira entre oito a quatorze dias após a alta hospitalar, e a segunda, de oito a dez dias após a primeira.

Optou-se por realizar duas visitas considerando que em apenas uma não seria possível alcançar os objetivos propostos. Ter mais um contato com o sujeito entrevistado permitiu uma maior aproximação com o binômio e com a realidade do domicílio e da família. Durante as visitas, a pesquisadora realizou a entrevista e a observação.

Na segunda visita, a entrevista foi realizada com as mesmas questões norteadoras, entretanto, emergiram outros aspectos relacionados ao cuidar/cuidado da criança prematura que não apareceram no momento anterior, como preocupações com as intercorrências e com o acompanhamento do filho. Nesta segunda ocasião, a observação focalizou aspectos que não foram possíveis de entender ou de perceber na primeira visita, variáveis de acordo com a dinâmica familiar de cada contexto.

Houve dificuldade com duas mães para realização de segunda visita: uma por ter viajado, adiando por três semanas o segundo contato; outra por ser hospitalizada durante oito dias, remarcando a visita subsequente para dez dias depois. Esses reagendamentos não trouxeram prejuízos à pesquisa, com exceção do atraso, pois foi possível atingir os objetivos propostos.

Todas as visitas domiciliares foram realizadas somente pela pesquisadora (que ia sozinha em seu próprio carro a cada casa). A opção de ir só deve-se ao fato de considerar que a presença de mais uma pessoa poderia trazer constrangimentos à mãe e/ou família, como também poderia mudar a própria dinâmica intrafamiliar.

Ao chegar às casas, a pesquisadora sempre conversava com as mães ou outros membros da família que estivessem presentes e ao mesmo tempo realizava a observação, a qual só terminava com a saída da pesquisadora do domicílio. Depois de uma conversa informal, que permitia uma inserção espontânea da pesquisadora no espaço domiciliar, eram realizadas as entrevistas e depois destas, freqüentemente fizeram-se orientações às mães sobre os cuidados que elas tinham dúvidas ou que erroneamente os faziam. Em todas as visitas

foram atendidas solicitações de algum membro da família no sentido de esclarecer sobre o cuidado à criança. As visitas domiciliares duraram em média uma hora.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados por meio das entrevistas e das observações, utilizou-se a **Análise de Conteúdo**, modalidade temática de Bardin (1977), a fim de acessar a subjetividade das mães no processo de cuidar do filho prematuro no domicílio. A análise de conteúdo é definida como

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos temáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores [quantitativos ou não] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [variáveis inferidas] destas mensagens” (BRADIN, 1977, p.42)

Este tipo de análise é indicado tanto em comunicações orais quanto escritas, exige raciocínio e criatividade da pesquisadora (ALMEIDA, 2005).

Segundo Bardin (1977), as etapas da análise de conteúdo são a pré-análise, a exploração de material, o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação destes.

A pré-análise tem a finalidade de sistematizar as idéias iniciais e direcionar as etapas subsequentes. Nesta fase, foi realizada a transcrição das fitas, a leitura flutuante do material e a composição do *corpus*.

Corpus “é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 1977) e sua constituição abrange algumas regras:

- Exaustividade: inclusão de todos os elementos obtidos na coleta de dados;
- Representatividade: número de amostras representativo do universo pesquisado;
- Homogeneidade: documentos homogêneos que obedecem a critérios precisos de escolha do tema e abrange tudo que se refere ao mesmo;
- Pertinência: a fonte de informação dos documentos analisados corresponde aos objetivos do estudo.

Em seguida, realizou-se a seleção dos trechos das falas dos participantes do estudo de onde se estabeleceu as categorias empíricas que são as classes que reúnem um grupo de

elementos (unidades de registros, no caso a análise temática), agrupadas segundo os caracteres comuns entre eles.

Essa **categorização** aconteceu após leituras exaustivas dos textos transcritos e do recorte de cada unidade de registro das entrevistas.

A análise dos dados permitiu agrupá-los em temas por semelhança ou aproximação de conteúdo do discurso das entrevistadas, focalizando a relação entre as falas e os objetivos do estudo.

Assim, as categorias foram definidas segundo a temática investigada e os termos relevantes foram agrupados por similaridade de conteúdo, que depois de reunidos formaram as pré-categorias e que novamente agrupadas, determinaram as categoriais finais.

A partir das categorias procurou-se abordar os dados com um mínimo de formalização teórica e progressivamente, elaborou-se a melhor explicação para o fenômeno.

Por fim, realizou-se a análise, não de maneira estanque, mas ao longo da coleta de dados, enfocando o cuidado e outros conteúdos que abalizaram esta pesquisa.

Estabeleceu-se, posteriormente, relação entre os dados coletados, o referencial teórico e o contexto analisado através da observação descritiva. Assim, o cuidado do prematuro no domicílio e os outros conteúdos que fundamentaram esta investigação configuraram-se três categorias, denominadas:

- **O cuidar da criança prematura no domicílio;**
- **Preocupações que emergiram convivendo com o prematuro;**
- **O suporte social para o cuidar do prematuro.**

Estas categorias e as respectivas análises estão descritas nos capítulos seguintes. Ressalta-se que as falas das entrevistadas destacadas na análise estão identificadas com o nome fictício das mães, seguidas dos números 1 ou 2 correspondentes à primeira e à segunda entrevista, respectivamente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo compreende quatro partes, desenvolvidas a partir da apresentação dos sujeitos cuidadores e seus bebês e das categorias e subcategorias temáticas: **O cuidar da criança prematura no domicílio; Preocupações que emergiram convivendo com o prematuro e O suporte social para o cuidar do prematuro.**

4.1 CONHECENDO AS CUIDADORAS E SEUS FILHOS

A caracterização das cuidadoras e dos seus bebês foi feita com base nos dados sócio-demográficos e nas observações durante as visitas domiciliares. Cada uma é descrita individualmente nos aspectos referidos.

Dália e Hadar

Dália é a mãe de Hadar, tem 15 anos, é solteira, não tem religião, tem o primeiro grau incompleto. Ocupa-se com as atividades domésticas e é estudante (interrompeu os estudos por conta da gravidez e internamento do filho), tem um filho, não tem renda e conta atualmente com apoio financeiro da família. Mora com a mãe, três irmãos e o filho em casa própria, anexa à casa da sua avó. Além desta casa, existem mais três, nas quais moram outros membros da sua família em estrutura simples com número de cômodos inadequados à quantidade de pessoas que neles residem.

Hadar é uma criança do sexo masculino, que nasceu com idade gestacional de 34 semanas, pesando 1.355 gramas. Ficou internado por 29 dias no Berçário de Alto Risco e 21 dias no Método Mãe canguru. Recebeu alta hospitalar pesando 1.670 gramas e alimentando-se exclusivamente com leite materno por sucção ao seio.

Rosa e Sírius

Rosa é a mãe de Sírius, tem 29 anos, é solteira e vive com o companheiro. É evangélica, tem segundo grau completo. É técnica de enfermagem, está de licença-maternidade. Tem um filho e renda familiar de dois salários mínimos. Mora em casa alugada, mas desde o nascimento do filho não retornou à mesma porque tem muitos gatos e se preocupa com as conseqüências de saúde que estes podem trazer ao bebê. Está na casa da sogra e da sua irmã, enquanto encontra uma casa maior para alugar. Na primeira casa, moram seus sogros e seu companheiro, enquanto na outra, moram duas sobrinhas, sua irmã e cunhado.

Sírius é uma criança do sexo masculino, nasceu com idade gestacional de 32 semanas, pesando 1.160 gramas. Ficou internada por 21 dias no Berçário de Alto Risco e 11 dias no Método Mãe canguru. Recebeu alta hospitalar pesando 1.650 gramas, alimentando-se exclusivamente com leite materno por sucção ao seio.

Azaléia e Adhara

Azaléia é a mãe de Adhara, tem 32 anos, é solteira e vive com o companheiro, católica, tem primeiro grau incompleto. Ocupa-se com as atividades domésticas, tem um filho e renda familiar de um salário mínimo. Mora com marido e filha em casa própria.

Adhara é uma criança do sexo feminino que nasceu com idade gestacional de 33 semanas, pesando 1.635 gramas. Ficou internada por 17 dias no Berçário de Alto Risco e 21 dias no Método Mãe canguru. Recebeu alta hospitalar pesando 1.735 gramas, alimentando-se exclusivamente com leite materno por sucção ao seio.

Camélia e Alioth

Camélia é a mãe de Alioth, tem 24 anos, é solteira, vive com companheiro, católica, tem segundo grau incompleto. É professora de ensino fundamental, tem um filho e renda familiar de dois salários mínimos. Mora com a mãe, marido e filho em casa própria.

Alioth é uma criança do sexo masculino que nasceu com idade gestacional de 27 semanas e 3 dias, pesando 1.135 gramas. Ficou internada por 41 dias no Berçário de Alto

Risco e 15 dias no Método Mãe canguru. Recebeu alta hospitalar pesando 1.700 gramas, alimentando-se exclusivamente com leite materno por sucção ao seio.

Jasmim e Mimosa

Jasmim é a mãe de Mimosa, tem 26 anos, é casada, católica, tem o segundo grau incompleto. Ocupa-se com as atividades domésticas e eventualmente ajuda seu marido na empresa de artes gráficas, o que não tem feito desde os últimos três meses da gravidez. Tem um filho e renda familiar de dois salários mínimos. Mora com o marido e a filha em casa própria, anexa à casa da sogra.

Mimosa é uma criança do sexo feminino que nasceu com idade gestacional de 29 semanas, pesando 1.295 gramas. Ficou internada por 34 dias no Berçário de Alto Risco e 12 dias no Método Mãe canguru. Recebeu alta hospitalar pesando 1.730 gramas, alimentando-se exclusivamente com leite materno por sucção ao seio.

Hortência e Atria

Hortência é a mãe de Atria, tem 32 anos, é casada, católica, tem o segundo grau completo. É secretária, está de licença-maternidade, tem uma filha e renda familiar de três salários mínimos. Mora com o marido e a filha em casa própria. Depois que a filha nasceu, ela está temporariamente entre a casa da sogra e da sua mãe, porque está reformando sua residência.

Atria é uma criança do sexo feminino que nasceu com idade gestacional de 28 semanas, pesando 935 gramas. Ficou internada por 35 dias no Berçário de Alto Risco e 24 dias no Método Mãe canguru. Recebeu alta hospitalar pesando 1.710 gramas e alimentando-se exclusivamente com leite materno por sucção à mamadeira, pois a mãe apresenta mamilo invertido em ambos os seios.

Amarílis e Orion

Amarílis é a mãe de Orion, tem 18 anos, é solteira, vive com o companheiro, católica, tem o primeiro grau incompleto. Ocupa-se com as atividades domésticas, é estudante (interrompeu os estudos por conta da gravidez e internamento do filho), tem um filho e sem renda familiar, pois seu companheiro está desempregado. Conta atualmente com apoio financeiro da família. Não tem casa própria, ficam eventualmente na casa da sogra ou da sua mãe, onde residem respectivamente dez e quatro pessoas.

Orion é uma criança do sexo masculino que nasceu com idade gestacional de 29 semanas, pesando 1.480 gramas. Ficou internada durante 29 dias no Berçário de Alto Risco e 23 dias no Método Mãe canguru. Foram diagnosticados cardiopatia, hipertensão arterial e déficit motor. Recebeu alta hospitalar pesando 1.740 gramas e alimentando-se alternadamente com leite artificial ou materno pasteurizado, pois sua mãe não apresentava mais produção de leite materno.

4.2 O CUIDAR DA CRIANÇA PREMATURA NO DOMICÍLIO

Na categoria **O cuidar da criança prematura no domicílio**, objeto deste estudo, apresenta-se o universo temático sobre o cuidado da criança prematura, abordando os aspectos gerais do cuidar da criança prematura, a percepção do RNPT pelo cuidador e como presta-lhe o cuidado.

Percebendo o Cuidar do bebê prematuro

A criança prematura pelas suas particularidades exige um cuidado diferenciado, que atenda às suas necessidades específicas, adequando-a ao seu ritmo de crescimento e desenvolvimento. Nas entrevistas, estão evidentes os sentimentos de preocupação das mães cuidadoras e como estas realizam este cuidado.

Este cuidado diferenciado e a preocupação da mãe em vigiar constantemente o prematuro justificam-se pela condição de nascimento do filho, a qual exigiu uma assistência

complexa. A mãe fica com medo de não atender às necessidades do filho ou de expô-lo a situações de risco, como pode ser observado nos relatos que seguem.

“Sempre estou olhando ele com cuidado... porque ele foi prematuro... As enfermeiras sempre falavam que tem que ter um cuidado especial com ele, né... sempre ficar de olho, não deixar ele só por muito tempo” (*Camélia, 1º Ent.*).

“Por causa do tamanho e da prematuridade dele. Pro causa disso, eu acho que o cuidado é mais diferenciado, é dobrado” (*Rosa, 1º Ent.*).

“E o fato dela ser prematura não é que vá atrapalhar muito, mas também não facilita, porque você tem que tá cheia de dedos em relação a isso, toda preocupada” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Mas eu sei que o cuidado é muito (*enfática*) maior do que se fosse uma criança a termo [*1º Ent.*]. Tá bem, só tô preocupada que... Prematuro tem que ter cuidado... Mas tô cuidando bastante... Tô cuidando direitinho” (*Hortência, 2º Ent.*).

Os comentários a respeito do prematuro oscilam entre aspectos temerosos ou excesso de cuidado. O contexto sócio-cultural encontra-se impregnado do simbolismo marcado pelo desconhecimento ou crenças a respeito do nascimento de um bebê prematuro (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006).

Boff (2004) refere que os pais, quando passam a cuidar de seus filhos, apresentam apreensão, inquietação e medo. Esses sentimentos para cuidar incidem na responsabilidade pelo outro e do compromisso que têm frente ao desconhecido. Esses sentimentos são mais evidentes quando se refere ao cuidado dos prematuros, pois os pais nunca se preparam para cuidar de uma criança prematura, não esperam que seu filho nasça antecipadamente.

Nesse sentido, a compreensão que os pais têm sobre a criança prematura pode determinar sua capacidade de cuidar bem dela ou apresentarem medo ou insegurança para prestar-lhe o cuidado.

As mães associam o prematuro a uma criança frágil, susceptível a intercorrências devido ao seu tamanho, expressado nas afirmações:

“Eu fico com pena... porque é tão pequenininho” (*Amarílis, 1º Ent.*).

“Ele é muito pequenininho, parece que vai cair da minha mão” (*Dália, 1º Ent.*).

“Porque ela nasceu antes do tempo, então ela ta mais assim... é [...] ta mais frágil” (*Hortência, 1º Ent.*).

“Ela é muito frágil... pra ter essa gripe forte, ela é muito frágil pra resistir” (*Azaléia, 2º Ent.*).

Ao perceber o corpo da criança prematura como delicado e frágil, sutil pelo tamanho, as mães podem se sentir despreparadas e incapacitadas para cuidar ou, conforme Buarque e cols (2006), desenvolverem uma percepção distorcida do filho, concentrando-se mais nas deficiências e vulnerabilidades do que nos recursos positivos presentes neste e, então, começam a superprotegê-lo.

Para compreender a criança prematura, as mães têm como referência o bebê a termo. Deste modo, ela compara o filho com o bebê nascido a termo e reconhece que o primeiro apresenta especificidades que exigem maior dedicação, como demonstram as falas:

“Eu acho que se ele viesse a termo ele não ia ter esses problemas que ele tem, como de refluxo, por mais que tenha, mas eu acho que a maioria dos problemas que ele tá tendo eu acho que é por isso (*referindo-se à prematuridade*) [...] Agora, se fosse no tempo, seria mais fácil eu acho porque é maior, é mais gordinho... aí não tem tanta dificuldade” (*Amarílis, 1º Ent.*).

“E o normal (*referindo-se ao bebê a termo*)... eu acho mais fácil de cuidar do que o prematuro [*1º Ent.*]. O menino de nove meses pra o prematuro é um menino mais resistente [...] e o normal, eu acho mais melhor da gente ter o cuidado, né, do que o prematuro” (*Azaléia, 2º Ent.*).

“Tenho o maior cuidado com ele porque sei que o cuidado dele é... é diferenciado do bebê a termo [*1º Ent.*]. Mas por ele ser prematuro eu acho sim porque... porque se fosse de tempo, não teria acontecido com ele sabe... da parada cardíaca. Eu acho que ... que é diferente” (*Rosa, 2º Ent.*).

Os pais devem ser orientados o quanto a criança prematura difere de uma normal em termos de necessidades especiais e padrões de crescimento, a fim de proporcionar-lhe maior cuidado e proteção. Devem perceber que aquela tem características e necessidades específicas, mas compreender que estas necessidades são temporárias, percebendo que desaparecerão com o tempo e que seus filhos alcançarão os padrões normais (KLAUS; KENNEL, 1978).

Comparar o prematuro com o RN a termo justifica-se, porque normalmente este último foi o que ela já cuidou ou presenciou o cuidado, além do que, durante a gravidez, ela não se preparou para um parto prematuro. Neste contexto, Balbino (2004) acredita que pode existir um despreparo dos cuidadores para decodificar os padrões de resposta construídos e apoiados nos bebês nascidos a termo saudáveis, e centralizar sobre as competências próprias do filho prematuro. Assim, acabam confundindo o cuidar de uma criança normal com o prematuro, como evidenciam as falas.

“Eu cuido dele normal, como uma mãe cuida de uma criança de nove meses” (*Dália, 1º Ent.*).

“Está sendo fácil cuidar, como se fosse um bebê normal” (*Camélia, 2º Ent.*).

“É mais difícil do prematuro pra o de nove meses é muito mais difícil, porque às vezes tem coisa que a gente não entende né, do prematuro pro normal” (*Azaléia, 2º Ent.*).

Essa comparação, não freqüente entre as cuidadoras entrevistadas, pode acontecer, pois em alguns casos, a mãe não desvinculou o filho idealizado do prematuro (real). Balbino (2004) afirma que pais de prematuros sentem maior dificuldade para adaptarem a imagem do bebê real ao idealizado, pois possuem como padrão de comparação as crianças nascidas a termo, coradas, gordas e robustas. Isto torna frustrante a experiência de precisarem adequar sua imagem mental a de uma criança emagrecida, frágil, pequenas e com pêlos abundantes.

Para estas situações, sugere-se que os pais de crianças prematuras se reconciliem com o bebê real e chorem a perda do bebê perfeito e imaginário, assim conseguirão reconhecer que seu filho é diferenciado e tem necessidades particulares. No momento do parto, a mãe deve estar pronta para criar um novo vínculo (antes com o bebê idealizado e

agora com o real) e desempenhar algumas tarefas, como aceitar o fim abrupto do sentimento de fusão com o feto, adaptar-se a um novo ser, chorar a perda da criança imaginária, adaptar-se às características específicas do seu bebê e atender as exigências de uma criança que depende totalmente dela (BRAZELTON; CRAMER, 1992).

Durante as visitas, foi observado que as mães já tinham passado por este processo porque prestavam os cuidados de forma carinhosa e afetiva, dentre os quais foi possível observar durante a permanência da pesquisadora nos domicílios.

Cuidando da Criança Prematura

Dentre as teorias que explicam a relação mãe e filho, sustentada por Bowlby (2004a), a Teoria do Impulso Secundário é a mais ampla. Ela explica que a criança possui um certo número de necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas e, na medida em que o bebê se torna interessado em alguma figura humana, geralmente a mãe, é para atender às suas necessidades. Assim, o bebê aprenderá, no devido tempo, que a mãe é a fonte de sua satisfação. Esta teoria também tem sido chamada de teoria do amor interesseiro das relações objetais.

Winnicott (2006) ressalta que a maioria dos bebês passa por estágios iniciais de dependência e sua dependência é reconhecida e suas necessidades básicas satisfeitas, uma vez que a mãe, ou figura materna, adapta sua forma de vida a estas necessidades.

Assim, quando uma mãe presta os cuidados ao filho, os conhecimentos teóricos são desnecessários, pois elas realizam essas tarefas com prazer e de forma satisfatória. Pode-se, entretanto, acrescentar um pouco de teoria ao que já é natural, o que as mães fazem ao seu próprio modo e que é possível que cometam erros. Ninguém, mesmo os profissionais de saúde, sabem tanto quanto as mães quais são as necessidades imediatas do bebê e como se adaptar a elas (WINNICOTT, 2006).

Com relação ao cuidado com a criança prematura, as mães descrevem o que realizam rotineiramente, incluindo os cuidados físicos e o afetivos.

“Dou banho... sempre na hora certa, dou leite, faço tudo normal. [...] Dou banho, dou carinho, faço um bocado de coisas aí” (*Dália, 1º Ent.*).

“Eu tô sempre ao lado dela, cuidando dela, dando carinho” (*Hortência, 1º Ent.*).

“Dou o banho, sempre no mesmo horário todo dia, [...] ai depois dou a mamada dele, coloco pra dormir . [...] A gente brinca, dá risada, ai meu Deus... é tão gostoso (*risos*)” (*Amarílis, 1º Ent.*).

“Eu cuido dele bem direitinho, é... dou banho nas horas certa, o leite também, amamento nas horas certas e num deixo nem ficar nem de xixi nem de cocô. Cuido bem direitinho” (*Azaléia, 1º Ent.*).

“Eu cuido com o maior carinho, o maior cuidado [...] Eu acordo, amamento ele, dou o banhozinho dele na hora certa, os remédios também na hora certa” (*Rosa, 1º Ent.*).

Essas falas demonstram como as mães atendem as necessidades fisiológicas básicas do filho (alimentação, higiene, sono e repouso, entre outras) e dão o apoio emocional (carinho, brincadeiras). Evidenciam também que a maneira de cuidar pode revelar sentimento de afeto, apego, prazer; mas também reforça sentimentos de cobrança, vigilância para promoção e manutenção do crescimento e desenvolvimento saudável.

Um dos primeiros passos no manuseio e nos procedimentos com o RN é a observação de suas respostas comportamentais e fisiológicas, contribuindo para seu conforto, segurança e desenvolvimento (BRASIL, 2002).

Durante a permanência da pesquisadora no domicílio, foram observados os cuidados prestados às crianças e todas as mães tocavam, acariciavam ou conversavam seu filho antes, durante e após os procedimentos. Nestas interações, elas estavam atentas às reações dos bebês, pois aguardavam as respostas deles. Algumas, ao ver o retorno dos estímulos, comentavam: “Tá vendo, ele já dá risada!” ou “Toda vez que eu faço carinho, ele fica mais quieto ... gostando”.

A importância do toque enquanto cuidado é ressaltada por Brum; Schermann (2004) quando afirmam que o toque possibilita menos falhas na respiração da criança, ganho de peso e progresso no funcionamento cerebral. Ainda em relação ao toque, Rocha; Simpionato; Mello (2003) relacionam a forma de acariciar, assim como a voz da mãe ao falar com a criança, como indicadores da disposição da mãe para cuidar do filho.

As mães quando falavam com as crianças sempre modificavam seu tom de voz, tornando-o mais baixo, mais carinhoso e com termos no diminutivo.

Em relação aos cuidados, deve-se atentar para alguns aspectos antes de prestá-los, como:

- Falar suavemente antes de tocar, observando como o bebê reage a essa estimulação;
- Posicionar e dar contenção elástica;
- Evitar mudanças súbitas de postura ou realizá-las com o bebê bem aconchegado;
- Respeitar o estado comportamental do bebê: caso esteja em sono profundo (dura cerca de 20 minutos), aguardar até que passe para o sono leve; se estiver protestando ou chorando, consolá-lo completamente antes da realização do procedimento (BRASIL, 2002).

Durante a realização do cuidado, outros aspectos são necessários, dentre os quais:

- Executar os procedimentos em etapas, permitindo a recuperação fisiológica e comportamental;
- Se possível, usar o decúbito lateral;
- Minimizar todos os outros estímulos;
- Agrupar os procedimentos ou executá-los de forma contínua, lenta e gentil;
- Usar facilitadores: sucção da chupeta ou do dedo, oferecer algo para o bebê segurar ou se agarrar e dar apoio para os pés (BRASIL, 2002).

Após os procedimentos, deve-se continuar posicionando e dando contenção até o bebê ficar estável e evitar o uso de outros estímulos sensoriais concomitantes (BRASIL, 2002).

Esses cuidados foram desenvolvidos pelas cuidadoras durante o banho, troca de fraldas, amamentação, posicionamento no berço ou quando vestiam os filhos, exceto o posicionamento da criança em decúbito lateral, pois o utilizado pelas mães era o decúbito dorsal.

A seguir serão detalhados os cuidados realizados pelas mães, descrevendo como elas desempenham cada um, os recursos empregados e a interação com a criança.

Cuidando da Alimentação

O prematuro possui características metabólicas específicas associadas à sua condição, como perda insensível de água, imaturidade do aparelho digestivo, caracterizada pela sucção débil, dificuldade de absorção de nutrientes e de eliminação do resto alimentar. Estas peculiaridades estabelecem cuidados especiais com relação a sua alimentação.

Os pré-termos sofrem algum grau de desnutrição por algum período após o nascimento e, quanto mais prematuro, mais grave é a situação. O grande desafio é evitar que a desnutrição e seus efeitos deletérios ocorram. Assim, deve-se cuidar para que o aporte de nutrientes seja adequado (CAMELO JR; MARTINEZ, 2005).

O atendimento destas necessidades nutricionais e metabólicas do prematuro tem o objetivo de manter o crescimento próximo à velocidade intra-uterina, sem provocar sobrecargas nas funções metabólicas e excretoras. O RNPT apresenta menor reserva nutricional, não tolerando privação alimentar, e necessitando de maior demanda metabólica (GAZMENGA, 2003).

Após a alta hospitalar do prematuro, se não houver alguma recomendação específica em relação à alimentação, o aleitamento materno exclusivo (AME) é o recomendado. A amamentação é uma forma natural de alimentar a criança, proporcionando benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e econômicos.

A singularidade do processo desenvolvido pela família com o nascimento de um prematuro e as limitações anatomo-fisiológicas deste, que dificultam a alimentação, repercutem no aleitamento materno, requerendo da mãe cuidados e empenho para manter a lactação (FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003).

Vinagre; Diniz (2002) referem que o aleitamento materno é a recomendação primordial para o prematuro, porque o leite produzido pela mãe durante o primeiro mês após o parto apresenta concentrações mais elevadas de proteínas, sódio e cloro do que o leite da mãe do recém-nascido a termo e as fórmulas lácteas industrializadas.

A priorização e manutenção do aleitamento materno exclusivo é revelada nos relatos seguintes:

“Dar só leite materno até os seis meses, depois acrescentar outros alimentos” (*Camélia, 1º Ent.*).

“Só mama, amamentar até os seis meses de idade [...] até seis meses, só a mama somente” (*Azaléia, 1º Ent.*).

“Dou mama a ele na hora certa, boto ele pra arrotar e ele vai dormir. Quando ele acorda... ele quer mamar de novo... Eu pego e dou” (*Dália, 1º Ent.*).

“Dou nos horários certos. Pela manhã, durante o dia de duas em duas horas e a noite de três em três horas” (*Rosa, 1º Ent.*).

“Direitinho, nos horários certo, sempre assim dando a dietazinha” (*Hortência, 1º Ent.*).

Dentre as mães que mantinham o aleitamento exclusivo, Hortência era a única que não oferecia o leite por sucção ao seio, porque tem os mamilos invertidos. Ela ordenhava o próprio leite e dava ao filho na chuquinha.

“A única dificuldade que eu acho é que ela não tá pegando direito. É minha preocupação... é essa por causa do meu peito que é invertido” (*Hortência, 2º Ent.*).

Apesar de ter mencionado que sua filha não “pegava direito”, a mesma apresentava boa sucção, porém, ao seio, a criança apresentava dificuldades por conta da inversão do mamilo.

Com relação à ordenha mamária, Nascimento; Issler (2004) referem que a retirada de leite materno pode ser realizada de forma manual ou mecânica, sempre precedida da lavagem cuidadosa das mãos, da escolha de um lugar tranquilo e da massagem delicada em todos os quadrantes das mamas, que é fundamental para facilitar o reflexo de ejeção do leite.

Foi possível observar Hortência realizar a ordenha mamária manual de forma adequada. Ela referiu que aprendeu a técnica com as funcionárias do Banco de Leite e era sempre estimulada pelas técnicas de enfermagem do Berçário e do MMC.

A única mãe que não mantinha aleitamento materno exclusivo era Amarílis, porque não produzia mais leite. Ela alternava leite materno pasteurizado, que conseguia no Banco de Leite Humano da maternidade onde seu filho esteve internado, e leite artificial.

“Porque meu leite secou. Aí num tive como dar o leite a ele. Ai a gente faz assim: como o hospital disse que não podia ... só dar porque eles precisam muito, né, pros bebês do berçário que nasce prematuro, ai a gente arranjou

uma doadora aqui no bairro e no outro bairro da minha mãe [...] Ai lá pega outro, a mesma quantidade que a gente levou, pega lá no banco de Leite. [...] Ele (*referindo-se ao marido*) vai de ônibus, vai e volta de ônibus. Ai demora. Ai quando não tem leite, a gente dá o NAN [...] Mas a gente prefere dar... dar o leite materno ” (*Amarílis, 1º Ent.*).

Estes relatos demonstram a dificuldade que Amarílis tem para manter o aleitamento materno, pois o hospital fica muito distante da sua residência e seu companheiro precisa de quatro conduções para chegar lá. Na primeira visita da pesquisadora, ele saiu durante a mesma para ir pegar o leite e na segunda, ele já não se encontrava, pois estava na maternidade com a mesma finalidade. Apesar dessa dificuldade, Amarílis dá preferência ao aleitamento materno.

Outro aspecto importante evidenciado nas falas das mães é o reconhecimento das necessidades do filho, tanto em relação aos intervalos da alimentação quanto à quantidade oferecida.

“Então é muito relativo pra eu poder descrever os horários, porque ela às vezes... ela num tá com horário de dieta que nem tava no hospital, de duas em duas horas. Ela... às vezes de três em três horas, às vezes é duas e meia, às vezes três e meia. [...] só não podia ultrapassar quatro horas” (*Hortência, 1º Ent.*).

“A alimentação dele é oitenta ml [...] Durante o dia é de duas em duas horas e a noite de três em três [*1º Ent.*] Ele tá tomando agora 120 ml, ele tava comendo 80... 90, mas não tava suprimindo as necessidades, o organismo dele tava pedindo mais, aí dá 120 ele aceita direitinho e dorme um monte, dorme bastante e a antes ele acordava toda hora, toda hora, porque sentia fome” (*Amarílis, 2º Ent.*).

“Quando ela acorda, ela mesmo já quer logo mamar, em torno de sete e meia. [...] ela mesmo determinou, as vezes de uma em uma hora (*risos*), umas duas horas ela quer logo mamar” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Durante o dia é.. como tava no Berçário, toma leite de duas em duas horas, só algum dia que é de três em três quando ele fica com barriguinha muito cheia e à noite que ele sente mais fome” (*Camélia, 2º Ent.*).

“Ela vem aumentando assim gradativamente a quantidade (*aludindo-se ao leite*), né... a quantidade que ela toma. [...] a quantidade dada só foi

solicitada lá no Berçário, aí tinha aquela quantidade exata de dar. Quando a gente passou para o Canguru, já ficou ao critério do bebê, até o que ele aceitar [...] e depois a médica disse que pode ir aumentando e dando a quantidade que ele aceitar, só não pode exagerar [...] Trinta, trinta e cinco... aí é relativo, vai pra quarenta, Às vezes quarenta e cinco, ela já tomou até sessenta” (*Hortência, 2º Ent.*).

As mães precisam reconhecer as necessidades e o ritmo da criança, pois são freqüentes as privações ou excessividades alimentares nos prematuros em virtude do despreparo materno para alimentar esta criança, influenciado ainda pelas preocupações exacerbadas com o ganho de peso nesta fase.

As mães entrevistadas respeitam o horário e o ritmo alimentar do filho, alimentando-o segundo sua necessidade no que se refere aos intervalos das mamadas e da quantidade de leite oferecido.

Para manutenção do aleitamento materno em prematuros, Gazmenga (2003) refere que é preciso transmitir confiança e tranqüilidade à mãe e é necessário o apoio do marido, de familiares, e de profissionais especializados. Quando a mãe se sente capaz de alcançar o objetivo, ela se empenha para manter esta alimentação.

Além de permitir um crescimento adequado, em parte espelhando no que ocorreria intra-útero, a nutrição oferecida traz impactos futuros ao prematuro, no que diz respeito ao seu crescimento e desenvolvimento (CAMELO JR; MARTINEZ, 2005).

Além da importância do AME, duas mães expressaram preocupação para iniciar o desmame.

“Ai depois de seis meses era pra dar assim: um suquinho leve, suco de maçã, um suquinho mais leve. Menos de fruta e de verdura, assim... de manga depois dos seis meses ainda não era pra dar, nem de maracujá, [...] um suquinho de uva também, a lima também pode dar.” (*Azaléia, 1º Ent.*).

“Só meu peito que eu acho que não tá muito cheio, aí fico preocupada... mas ela só mama. Vem cá... quando ela tiver maior, comendo outros alimentos pode dar leite de cabra? Porque já tomei com oito dias, porque minha mãe não tinha leite, ai meu pai fica falando que vai dar leite de cabra pra ela, que ela é prematura. Tem problema? (*Jasmim, 2º Ent.*).

Nenhuma das crianças estava no período do desmame, o qual ocorre em torno de 6/7 meses. A introdução de outros alimentos, sucos, papas de frutas e sopas, traz angústia e

preocupação, tanto para os pais como para os pediatras, porque exige cuidados no que se refere à aceitação da criança, tolerância ao alimento, reações alérgicas.

Este estudo não permitiu acompanhar este período, o que seria tema de outra investigação, pois o desmame da criança a termo é cercado por medo e preocupação dos pais; e na criança prematura, esses sentimentos são mais exacerbados e o desmame visto como difícil de ser feito sem ajuda de profissionais.

Ressalta-se que após a entrevista, Jasmim foi orientada quanto ao desmame da filha.

Cuidando da Higiene

A higiene da criança engloba o banho corporal, troca de fraldas, curativo do coto umbilical, higienização das cavidades nasais, auriculares e oral.

O banho caracteriza-se por um nível alto de manipulação do bebê, que produz diversas reações no recém-nascido. Trata-se de uma situação que propicia uma série de trocas e ajustes interacionais entre o adulto e a criança, potencialmente reveladora das características da reação do RN aos tipos de manipulações e da adequação do procedimento (BRASIL, 2002).

As falas evidenciam como as cuidadoras procedem no banho, inclusive citando os materiais utilizados para este procedimento. Os relatos que seguem expõem como as mães realizam o banho de maneira rápida, evitando que a criança apresente cianose. Este cuidado é justificado pela labilidade térmica do prematuro.

“Dou banho, quentinho, direitinho, rápido, com algodão, com sabonete glicerinado [...] e limpo os ouvidos [...] Na hora do banho, ter cuidado pra não deixar água entrar no ouvido, fechar com as mãos, tapar os ouvidos, ser super rápido” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“O banho mesmo... um exemplo ... o banho, eu tenho ... é uma coisa rápida, ele fica roxo” (*Rosa, 1º Ent.*).

“Banho, curativo não tem mais, tá seco o umbigo. Aí sempre limpo o ... o umbigo, o ouvido, a boquinha, o nariz” (*Camélia, 1º Ent.*).

“O banho tem que ser rápido, porque as outras limpezas faz depois, umbigo” (*Hortência, 2º Ent.*).

Foi possível observar as cuidadoras durante o banho do bebê e notou-se que elas recebem apoio da família. Inicialmente organizam o material que utilizarão (sabonete, shampoo, cotonete, roupa, cremes, escovinha pra cabelo, fralda, toalha) e dão o banho, atentando-se para fechar janelas, portas ou qualquer entrada de correntes de ar.

Procederam rápido, começando sempre pela cabeça e realizando as outras limpezas (nariz, ouvido, boca e umbigo) depois que o bebê já está seco.

As mães ou algum familiar, com exceção de Azaléia, sempre lavam a banheira e passam algodão com álcool antes de a usarem para o banho.

A troca de fralda e higienização dos genitais eram feitas antes do banho e sempre que necessário, como mostram as falas.

“Lavar o bumbum dela... eu tô lavando, tô deixando uma garrafa de água quente, morna ai pra limpar ... eu boto um pouquinho de sabão quando ela tiver de cocô, pra limpar” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Agora, sempre assim antes da mamada, eu tô trocando a fralda” (*Hortência, 1º Ent.*).

Para a realização da troca de fraldas recomenda-se que se coloque o bebê em decúbito elevado (posição anti-refluxo), devendo ser rolado lateralmente de um lado para o outro, retirando-se a fralda e fazendo a higiene. Procurar não elevar as pernas do RN, a fim de não aumentar a pressão abdominal, pois esta estimula o refluxo gastroesofágico e a broncoaspiração. Quando não existir tamanho de fralda apropriado para o bebê, recortar para evitar abdução exagerada do quadril (BRASIL, 2002).

A rotação lateral não foi efetuada pelas mães, pois durante a troca de fraldas elas erguiam as pernas da criança. Utilizavam algodão ou lenço umedecido para limpar os genitais. Esse último procedimento também foi observado em todas as visitas.

Cuidando do Aquecimento

O aquecimento representa um cuidado terapêutico confortante e é uma forma de comunicação que proporciona interação e pode afastar a criança de sentimentos como abandono, fragilidade, insegurança e desconforto (HANDEM; ROCHA; FIGUEIREDO, 2003). Ainda para estes autores, o equilíbrio da temperatura corporal depende da regulação dos mecanismos fisiológicos e comportamentais, e o prematuro pela sua imaturidade e incapacidade de controlar a temperatura, necessita de meios eficazes para o aquecimento.

Essa imaturidade é mais perceptível no prematuro, pois é homeotermicamente imperfeito e, dessa forma, dependente do cuidador para promover um ambiente térmico que lhe assegure não só sua sobrevivência, como também um ótimo desenvolvimento físico e neurológico (BRASIL, 2002).

O aquecimento interfere no conforto e no equilíbrio hemodinâmico do prematuro e pode ser estabelecido com ações simples e que fazem diferença em sua assistência.

Para manter uma temperatura corporal constante, deve haver um equilíbrio entre a produção de calor pelo RN e o meio ambiente, para que não haja perda de calor e aumento do metabolismo. Assim, deve-se promover uma temperatura neutra, que propicia menor consumo de calor e oxigênio pelo RN e mantém a temperatura corporal estável (BRASIL, 2002).

Os relatos das cuidadoras demonstram a preocupação com o aquecimento dos seus filhos.

“Eu fico com medo dela ficar com frio, caso... algo que nunca aconteceu. A temperatura dela sempre foi no mínimo trinta e seis... Ai... trinta e seis e meio... trinta e sete [...] Eu to sempre usando o termômetro pra ver se a temperatura dela tá boa, porque eu tô sempre aquecendo, uso algodão nas mãos e nos pés” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Sempre carrego ele, pra ele ficarquentinho... só que num tem aqui a bolsa do canguru (*risos*) coloco mantinha com ele aqui no quarto” (*Camélia, 1º Ent.*).

“Pra deixar ele sempre agasalhado, porque ele... como é que fala? Ele não se aquece direito” (*Rosa, 1º Ent.*).

Para realizar ou manter o aquecimento, as mães utilizam recursos diferentes, como algodão, mantas, manutenção da posição canguru e, ainda, o termômetro para controlar a

temperatura. Reproduzem o controle térmico realizado no hospital, que aprenderam durante o internamento do filho. Em todas as visitas, observou-se que o bebê era mantido sempre aquecido adequadamente.

Duas das entrevistadas demonstraram que o aquecimento não deve ser exagerado, mas deve-se ter o controle da temperatura da criança, como mostram estas falas.

“Durante o dia não deixo ela tão aquecida porque ela transpira muito, então não vejo muita necessidade.... na idade que ela tá pode ficar um pouquinho sem roupa, mas o de sempre continua ainda com atenção, porém não tão aquecida” (*Jasmim, 2º Ent.*).

“Temperatura eu sei que não pode colocar muito, tem que ser temperatura normal e o aquecimento dela ... só vendo como é que tá a situação dela, até que está com duas (*referindo-se a mantas*) aqui, fica sempre com três, até que... também não pode exagerar, aquecer, aquecer, não deixar com frio” (*Hortência, 2º Ent.*).

Essas adaptações ou modificações que as mães fazem à medida que a criança cresce são importantes, pois a temperatura adequada ou o ambiente térmico neutro é extremamente variável, ponderando-se o peso, a idade gestacional e a idade cronológica e as condições clínicas de cada criança (BRASIL, 2002).

A hipotermia pode consistir em uma intercorrência comum do prematuro; entretanto, os discursos dos cuidadores revelaram o entendimento de que o filho tem particularidades homeotérmicas e realizam o controle da temperatura de maneira criteriosa.

A pesquisadora não observou nenhum bebê com hipotermia nos domicílios visitados e os cuidados ambientais (como troca de quarto, portas e janelas fechadas, posicionamento do berço) foram feitos com o intuito de diminuir correntes de ar e manter um ambiente com temperatura estável.

Cuidando da Proteção

Dentre os cuidados necessários à proteção da criança prematura, agrupou-se nesta subcategoria aqueles relativos ao sistema imunológico, explicitados pelas mães: vacinação e isolamento deste bebê.

Durante o período neonatal, alguns componentes atuam na maturação do sistema imunológico, como o processo da imunidade passivamente adquirida da mãe, por meio dos anticorpos da classe IgG, tanto pela placenta como pelo leite materno, e a imunidade ativa, através da vacinação e da barreira física da pele (MUSSI-PINHATA; REGO, 2005).

A criança prematura apresenta deficiências com relação à maturação do sistema imunológico, devido à imaturidade das barreiras mecânicas, as funções restritas de neutrófilos, as baixas concentrações plasmáticas de anticorpos específicos, a atividade reduzida das proteínas do sistema complemento e a insuficiente cooperação entre linfócitos T e B predis põem essas crianças à invasão bacteriana e ocorrência de sepse neonatal (MUSSI-PINHATA; REGO, 2005).

Considera-se ainda que o prematuro ficou impedido de receber o leite materno por um período prolongado ou até mesmo o leite humano pasteurizado devido às condições clínicas que não permitiam alimentá-lo, dificultando a formação da imunidade passiva.

Por meio das entrevistas, foi possível conhecer que as mães sabiam a respeito do sistema imunológico dos filhos.

“Até o fato de voce precisar ir na rua e tudo, aí você não pode, tem que ficar em casa presa o tempo todo até ela ficar mais... com os anticorpos mais bem formados, então isso já é mais complicado” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Porque ele é tão pequenininho... o sistema, é... imunológico dele é diferente, então tudo é... com mais cautela” (*Rosa, 1º Ent.*).

“Porque ela nasceu antes do tempo, então ela tá mais assim... é pega... tá mais frágil, então ela tem mais facilidade de pegar um vírus, alguma coisa assim, uma bactéria, alguma coisa” (*Hortência, 1º Ent.*).

“Como tá essa virose mesmo, tenho medo. Imagine uma criancinha deste tamanho pegar uma virose desta” (*Rosa, 1º Ent.*).

Essas falas convergem com o conhecimento teórico sobre o sistema imunológico do prematuro, o qual é diferenciado da criança a termo, tornando mais fácil para aquele adquirir infecções. Reconhecendo esta susceptibilidade, as mães adotam medidas para protegê-lo, como as mencionadas nas entrevistas.

“Eu fico mais apreensiva quando chega visita. O ideal era que nem viesse, segundo o médico, era quando ela tivesse com três quilos, mas num dá pra

segurar... Aí, até mesmo aqui, os parentes, minha sogra.. é ... em questão de perfume... eu sei que num pode usar perfume [...] Chega alguma visita, eu prefiro que ela não encoste, que não pegue no cabelo, mas tem gente que não sabe olhar com os olhos, aí... em relação a isso você se sente toda insegura” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Aí, antes de três quilos num pode entrar... essas coisas assim... a gente tem o maior cuidado. E ferver a mamadeira todos os dias” (*Amarílis, 1º Ent.*).

“Só quem vem visitar às vezes quer pegar, aí num entende né, pensa que é menino normal, pode panhar no braço, pode sacudir, pode fazer um bocado de coisa... mas num pode. [...] Também cheiro de perfume forte que chegar, num pode... o bebê receber também esse cheiro forte [...] Num deixar pegar na criança, ir no banheiro, lavar as mãos. Chegar, tomar banho, trocar a roupa. O pai também se quiser pegar, chegar, tomar banho, trocar a roupa, que pode pegar que num tem nada. [...] a avó, as tias, o pai, os tios e os outros de fora num é pra deixar tocar a mão” (*Azaléia, 1º Ent.*).

“Visita é que é o problema mesmo [...] eu falo que não pode receber visita não, aí falo que foi prematuro. E que não pode tá tendo muito contato com pessoas. Eu acho que traria bactérias vindo da rua, [...] acho traria alguma coisa da rua, se chegasse aqui hoje eu não ia deixar pegar, todos que chegam quer logo pegar, [...] aí eu tô evitando” (*Hortência, 2º Ent.*).

A restrição de visitas é uma medida que contribui para prevenção de infecções. Fonseca; Scochi (2003) sugerem que os pais devem evitar que o bebê tenha contato com pessoas resfriadas ou com gripe e justificar às visitas que o bebê estando em casa terá muito tempo para recebê-las; não sendo necessário aglomeração de pessoas.

Outras medidas utilizadas pelas mães para a prevenção de infecções foram lavagem das mãos, fervura de mamadeira, chupeta ou chucas, restrição de corrente de ar e eliminação de perfumes.

Essas medidas domiciliares foram mencionadas por Balbino (2004) para os pais prevenirem a infecção domiciliar, controlando-a com hábitos de higiene em relação à casa, à limpeza de um modo geral e aos cuidados com o recém-nascido, como lavar as mãos para realizar as trocas do bebê, higiene no preparo da alimentação.

A vacinação constitui uma estratégia eficaz para prevenção de doenças infecto-contagiosas que são muito graves quando acometem crianças pequenas e prematuras. Nas falas das entrevistadas a vacinação emerge como uma preocupação, pois reconhecem que as

crianças precisam tomar as vacinas, mas algumas revelaram que a mesma é forte para ser administrada ou são desestimuladas pelos profissionais das unidades básicas de saúde.

“Ela tomou duas vacinas, né, pra tuberculose, que é no braço, né... e a da hepatite que é na perna. [...] Quando a criança tem dois meses que tem que tomar... ela já tem dois meses, [...] só que eu acho que é muito forte pro peso que ela tá e o ideal... elas disseram que é pra levar quando ela tiver com dois meses e meio [...] Aí pelo fato dessa da perna ser muito forte, elas falaram que é pra... porque hoje ela tomou uma [...] Aí pra não ser muito próxima e o peso dela é dois quilos e duzentos, elas disseram que quando ela tiver com dois meses e meio que o peso tá melhor, que é pra dar” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Vacina tomar com dois quilos, só que ela ainda não foi pesada. Vou ir no posto segunda-feira, [...] se tiver com dois quilos já pode tomar a BCG também que ela me orientou” (*Azaléia, 1º Ent.*).

“As vacinas ainda não ... ela ainda não tomou nenhuma porque tá baixo o peso. Então, eu tô aguardando chegar o peso ideal pra poder é... eu começar a dar as vacinas a ela” (*Hortência, 1º Ent.*).

“A vacina não podia tomar ainda porque não tava ainda com três (quilos). Levei pra tomar , mas só que a moça disse que não ia dar, mas só que a pediatra tava lá e disse que só com dois e meio... Aí quando levei disse que não iria dar, só quando marcasse a consulta e ia deixar quando tivesse três quilos certinho que ele era prematuro” (*Amarílis, 2º Ent.*).

Estas falas demonstram a diversidade de opiniões das entrevistadas e dos profissionais a respeito da vacinação do RNPT. Recomenda-se iniciar a vacinação no RNPT na idade cronológica habitual, devendo-se adiar a vacina BCG quando a criança tiver menos de dois quilos. A prematuridade ou baixo peso no nascimento são falsas contra-indicações vacinais (BRASIL, 2001).

Segundo Tavares; Ribeiro; Oliveira (2005), salvo situações especiais, os RNs com peso de nascimento superior a dois quilos ou idade gestacional superior a trinta e cinco semanas de gestação devem ser vacinados nas mesmas idades que os nascidos a termo, já que não têm sido encontradas diferenças entre esses grupos.

Pelos relatos das mães, nota-se que existem diferentes parâmetros adotados nas unidades de saúde e pelos profissionais para vacinação dos prematuros, considerando faixas etárias ou pesos distintos para início ou continuidade da imunização; o que pode contraditoriamente expor o RN às doenças.

A imunização dos prematuros deve ocorrer na idade cronológica normal. As vantagens potenciais da vacinação no período neonatal são principalmente a proteção imunológica precoce e melhor adesividade às práticas da imunização (BEREZIN, 2003).

De acordo com o Programa Nacional de Imunização (PNI) (BRASIL, 2001), deve-se analisar a pessoa a ser vacinada, adiando o procedimento quando a mesma estiver em tratamento com corticosteróides em esquema imunodepressor, portadora de imunodeficiência congênita ou adquirida ou de neoplasia maligna. Estas contra-indicações não foram mencionadas pelas entrevistadas, não justificando o adiamento da vacinação da criança.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) emitiu recomendações específicas para a imunização dos prematuros:

- Crianças nascidas com menos de 2000g ou 33 semanas de idade gestacional: acrescentar mais uma dose de vacina contra a hepatite B ao esquema básico, no segundo mês de vida – esquema 0, 30, 60 e 180 dias.

- Crianças nascidas com menos de 1000g ou menos de 31 semanas de gestação (prematuro extremo), para a primeira dose: 1. DTP acelular, aplicando-se a Hib 15 dias após; 2. VIP (vacina inativada contra a poliomielite, intramuscular). As demais doses podem ser feitas com a vacina Tetravalente (DTP-Hib) e vacina oral contra a poliomielite.

- Crianças nascidas com menos de 35 semanas de gestação e que tenham necessitado de ventilação mecânica ou CPAP durante o período neonatal e que sejam menores de 1 ano de idade: acrescentar a vacina pneumocócica conjugada 7 valente ao esquema básico.

Essas recomendações complementam o esquema básico; e as controvérsias encontradas pela pesquisadora sobre este procedimento apontam para a necessidade de um melhor esclarecimento dos profissionais de saúde sobre imunização destas crianças e, posteriormente, dos pais e familiares.

As cadernetas de vacinação das crianças integrantes deste estudo foram analisadas pela pesquisadora, que constatou atraso do esquema básico de todas.

Alguns fatores contribuíram para o adiamento da imunização, implicando em atraso do calendário vacinal, como: desconhecimento pelas mães e profissionais de saúde sobre imunização em prematuros; idéias errôneas sobre a fragilidade do RNPT com relação à imunização; dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde e estímulo ineficaz para vacinação.

O desafio da imunização em prematuros extremos, segundo Tavares; Ribeiro; Oliveira (2005), está na tarefa de encontrar o esquema adequado para os prematuros extremos,

levando-se em consideração as limitações naturais do seu sistema imunológico, tanto no que se refere à resposta celular quanto à humoral.

Além da imunização da criança, Succi; Farhat (2006) sugerem vacinar os familiares e outras pessoas que cuidam do bebê e, principalmente, de crianças com idade inferior a seis meses.

4.3 PREOCUPAÇÕES QUE EMERGIRAM CONVIVENDO COM O PREMATURO

A categoria **Preocupações que emergiram convivendo com o prematuro**, engloba as preocupações que os cuidadores desenvolveram durante o cuidar da criança prematura e a identificação das intercorrências e as condutas diante destas.

Preocupações com o crescimento e o desenvolvimento

À medida que sobrevivem RNs com peso e idade gestacional progressivamente menores, aumenta a preocupação dos profissionais de saúde e dos pais que acompanham essas crianças a longo prazo, considerando-se os diferentes aspectos envolvidos que interferem no crescimento somático e no desenvolvimento neuropsicomotor.

Para Gianini; Vieira; Moreira (2005) o crescimento do RNPT deve seguir o padrão intra-uterino; porém, a necessidade de desenvolvimento num meio adverso (extra-uterino) gera uma série de suscetibilidades que influenciam diretamente a capacidade de crescer dessa criança.

O crescimento do recém-nascido prematuro é um processo contínuo, complexo, resultante da influência simultânea de fatores genéticos, nutricionais, hormonais e ambientais e estes aspectos determinam o ritmo de crescimento de cada criança.

Desta forma, o crescimento não deve ter restrições ou excessos, pois as duas situações podem trazer efeitos danosos à criança. Se os indivíduos em fase crucial de desenvolvimento experimentam um período de déficit nutricional, podem subseqüentemente

acelerar seu ritmo de crescimento tão logo melhorem suas condições (CAMELO JR; MARTINEZ, 2005).

A mãe adota como parâmetro para reconhecer se o filho está num ritmo de crescimento adequado apenas o ganho de peso, mesmo não sabendo qual deve ser o ganho diário. As falas seguintes demonstram que o crescimento da criança é uma preocupação muito freqüente entre as mães:

“O peso, ela pesou semana passada, ainda tava no hospital, tava com dois e quatrocentos quilos, mas agora aumentou, eu senti ele mais pesado, eu tô achando que ele já tá perto dos três, dois e novecentos, por aí” (*Amarílis, 2º Ent.*).

“Eu comecei a botar (*referindo-se à posição MMC*) e ele começou a ganhar peso, começou pegar peso, Graças a Deus [...] Pra pesar.. pra pesar e medir pra ver se tá crescendo” (*Dália, 1º Ent.*).

“Pra acompanhar o peso dele até crescer” (*Camélia, 1º Ent.*).

“Já tô levando ao... ao médico pra puericultura, pra ver se o peso tá legal” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Eu quero pesar ele [...] quero pesar pra ver como é que tá” (*Rosa, 1º Ent.*).

Estas colocações traduzem as preocupações das mães com relação ao crescimento da criança, demonstrado pelo aumento da altura e principalmente do peso. Para elas a única referência significativa é se está aumentando, independente deste ganho de peso ser o esperado.

Associam às alterações ponderais somente à nutrição, não aparecendo outros aspectos que interferem neste processo de crescimento, como está explícito nestes depoimentos:

“A pediatra [...] falou que era pra aumentar a dose (leite) e que estava com baixo peso” (*Amarílis, 2º Ent.*).

“Acho que é por isso que ela tá aumentando, ele mama demais” (*Rosa, 1º Ent.*).

Para Rugolo (2005), além da prematuridade, outros fatores influenciam o crescimento desta criança, destacando-se o potencial genético (representado pela estatura dos pais); retardo de crescimento intra-uterino (exerce forte influência no padrão de crescimento pós-natal a curto e longo prazo e associa-se com doenças futuras do adulto); doenças e complicações da prematuridade (como a displasia broncopulmonar, a enterocolite necrosante grave, a neuropatia crônica decorrente de leucomalácia periventricular ou hemorragia periventricular grave). Estes fatores são responsáveis por elevada morbidade e comprometimento da nutrição e crescimento nos primeiros anos de vida.

Outro fator fundamental é o padrão nutricional após a alta hospitalar, que merece especial atenção, pois é passível de intervenção. A otimização da nutrição dos prematuros, seja pelo uso do leite materno fortificado ou de fórmulas especiais para uso após a alta, favorece o *catch-up*³, entretanto, em nosso país, a condição nutricional após a alta hospitalar é preocupante, pois o desmame precoce é freqüente nos prematuros que têm internações prolongadas e as fórmulas especiais pós-alta não estão disponíveis no mercado nacional. Assim, existe grande possibilidade destes prematuros receberem nutrição inadequada após a alta, o que é importante fator de risco para a ocorrência de falha no crescimento (RUGOLO, 2005).

Ao longo da prática profissional da pesquisadora com prematuros internados em berçários de alto e médio risco e MMC, foi observado que alguns aspectos interferem no crescimento da criança como: tipo de leite e como este é oferecido à criança, peso ao nascimento, idade gestacional e doenças existentes.

Neste sentido, Rugolo (2005) refere que inicialmente os familiares se preocupam com o peso da criança e depois, na idade escolar, com a estatura.

Os profissionais de saúde que avaliam o crescimento fundamentado nas medidas antropométricas (peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro braquial), devem observar o equilíbrio destas alterações. As relações entre estas medidas traduzem a proporcionalidade do crescimento, especialmente a relação peso/estatura nos primeiros dois anos de vida e o índice de massa corporal (RUGOLO, 2005).

Neste contexto, não há dúvidas de que se deva visar um crescimento adequado, mas é necessário que as cuidadoras entendam a individualidade de cada criança, respeitando o ritmo

³ *Catch-up*: também designado recuperação do crescimento ou crescimento acelerado. Caracteriza-se pela taxa de crescimento mais rápida que o esperado, ou seja, velocidade acelerada de crescimento, que ocorre após um período de crescimento lento ou ausente, permitindo recuperar a deficiência prévia (RUGOLO, 2005).

de crescimento que aquela tem de forma única. Ressalta-se que não somente o peso determina o crescimento, mas todas as medidas antropométricas associadas e equilibradas.

Associada à preocupação com o crescimento, outra preocupação evidenciada foi relativa ao desenvolvimento do prematuro. O tema tem sido abordado em estudos sobre seguimento de prematuros, os quais mostram que as taxas de problemas no neurodesenvolvimento não têm se alterado significativamente nos últimos anos, como taxa elevadas de seqüelas nos prematuros de extremo baixo peso, especialmente nos menores que 750 g e com idade gestacional de 25 semanas ou menos (RUGOLO, 2005).

As seguintes falas revelam como as mães acompanham o desenvolvimento do bebê.

“Ela tá maiorzinha [...] ela já tá ficando no carro sozinha [...] Ela gosta de ficar em pé esticando o pezinho, empurra o pé na minha barriga [...] se você não segurar é arriscado até você cair, aquele pulo assim e fui dar banho outro dia, ela chorando com fome, aí pegou meu cabelo pra puxar, pra chamar atenção, né. Porque quando tá assim com ela pra tentar levantar ela segura em uma coisa como se tivesse solta [...] Antes não tinha, mais durinha, o pescoço só balançando sempre, tá olhando pra gente quando ta em pé” (*Jasmim, 2º Ent.*).

“A gente vê a mudança no dia-a-dia e assim.. ela ficava quietinha na cama, hoje ela não fica quietinha na cama. Ela já sai do lugar dela, já ta se mexendo, já tá saindo do lugar dela, a cabeça ela suspende, já tá suspendendo a cabeça, [...] ela já sai do travesseiro, antigamente ficava na cama e hoje já tá assim com esse movimento” (*Hortência, 2º Ent.*).

“O corpinho dela mesmo mudou, né. [...] eu tô achando que é a mudança da pele” (*Azaléia, 2º Ent.*).

Emergem aqui os aspectos que as mães adotam para avaliar o desenvolvimento da criança, sendo preponderante a análise dos movimentos que aquela consegue realizar. Apesar de consistir em uma avaliação assistemática, não correlacionando os movimentos e postura do bebê com a idade corrigida, as cuidadoras percebem a evolução da criança.

Apenas na fala de Amarílis há evidências de atraso no desenvolvimento motor:

“Vai ter que fazer fisioterapia, porque os movimentos dele tá muito devagar ainda, muito lento” (*Amarílis, 1º Ent.*).

Amarílis reconhece que os movimentos de Orion não estão adequados, mas no contexto da entrevista informa que esse foi um dado fornecido pela fisioterapeuta quando o filho ainda estava no hospital.

A identificação de problemas no desenvolvimento da criança possibilita a intervenção precoce nos atrasos evolutivos numa fase em que padrões patológicos ainda não estão instalados, fazendo com que os resultados obtidos durante esta fase sejam muito mais rápidos e eficazes. Outra vantagem da intervenção precoce é que esta propicia ao recém-nascido atividades sensório-motoras às quais ele não teria possibilidade em virtude do déficit motor (BRUNETTI, 2003).

Especial atenção deve ser dada à evolução motora do prematuro no primeiro ano de vida, como assinala Rugolo (2005), com avaliação do tônus passivo, postura, mobilidade ativa e força muscular, considerando-se que anormalidades neurológicas transitórias, envolvendo postura, habilidades motoras finas e grosseiras, coordenação e equilíbrio, reflexos e principalmente distonias (hiper ou hipotonia), pois são detectadas alterações em 40-80% dos casos com desaparecimento até o segundo ano de vida.

Outros fatores, além do desenvolvimento motor, que são importantes para acompanhar a evolução do bebê, não aparecem nas entrevistas, considerando-se que o desenvolvimento global da criança envolve o desempenho das funções visuoperceptiva, motora, atencionais, e as manifestações de comportamentos e emoções, que são resultados da integridade estrutural e funcional das estruturas neurológicas (AYRES, 2003).

O reconhecimento desses fatores ocorre durante o acompanhamento sistemático destas crianças, o *follow-up*, em que os pais são orientados a reconhecê-los e a intervir positivamente no tratamento do filho. Para Rugolo (2005), a avaliação do desenvolvimento deve ser um processo contínuo e flexível, incluindo a observação durante a consulta médica, a valorização da opinião dos pais, o exame neurológico sistematizado, a ponderação dos marcos de desenvolvimento neuromotor e a realização de testes de triagem, que identificam distúrbios no desenvolvimento.

Nesta interação com profissionais de saúde, os pais podem ser orientados a aproveitar as atividades diárias, como alimentar, vestir, despir ou dar banho, para dar ao bebê sensações normais de movimentos (BRUNETTI, 2003).

Assim, o *follow-up* possibilita o suporte necessário para o crescimento e desenvolvimento do RNPT, da infância à adolescência, permitindo que este tenha uma vida normal.

Além do acompanhamento ambulatorial, o ambiente familiar no qual a criança prematura vive contribui para o desenvolvimento e crescimento a longo prazo, considerando que em um ambiente acolhedor e estruturado a criança se ajusta melhor às agressões biológicas (BAUCHNER apud GAÍVA; FERRIANI, 2001).

Identificando as intercorrências

Nesta subcategoria, discute-se sobre as intercorrências que as mães identificaram nos filhos e quais as condutas tomadas diante das complicações. O prematuro, pelas particularidades que apresenta, tem maior susceptibilidade de apresentar intercorrências na primeira infância quando comparado com a criança nascida a termo. Cuidar do prematuro sugere se precaver das possíveis complicações respiratórias, gástricas ou neurológicas às quais está sujeito.

Cuidar desta criança implica três desafios: garantir seu prognóstico imediato, ou seja, sua sobrevivência; minimizar sua morbidade imediata e propiciar um bom prognóstico tardio (RUGOLO, 2004).

A preocupação dos pais após o nascimento do filho prematuro e durante a hospitalização concentra-se na sobrevivência deste, e após a alta, é substituída pela manutenção da saúde. Isto decorre devido à percepção e à constatação de que ainda há riscos para a saúde dele e que, mesmo tendo obtido estabilidade clínica, o prematuro pode apresentar intercorrências provenientes da sua imaturidade.

As mães demonstraram ansiedade com relação às complicações que o filho possa apresentar:

“Porque a única coisa que tem me preocupado com ela.. é só isso... só o refluxo (*1º Ent.*). [...] Logo depois que come se demora de arrotar, fica se esticando toda com aquele desespero, aí às vezes ele arrota aí alivia, acredito que seja do refluxo. Algum incomodo que dá, alguma dor” (*Jasmim, 2º Ent.*).

“Por enquanto, Graças a Deus, ela tá bem... a única preocupação hoje que eu tenho é o refluxo” (*Hortência, 2º Ent.*).

“Ela foi uma criança que já passou por várias coisas, já ficou ... já teve cianose, né, de uma hora pra outra, então.... a gente fica morrendo de medo que isso venha acontecer de novo” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“E também sobre a gripe dela eu tô com um pouco de medo, é... e tá tendo um pouco de catarro, mesmo no estomago e no nariz que tá tendo um pouco de catarro, aí eu tenho medo, né... eu tenho medo dessa gripe também. [...] Se tiver alguma coisa, procurar logo o hospital ou posto de saúde” (*Azaléia, 2º Ent.*).

“O cuidado aumentou, porque eu tenho medo de acontecer de novo (*referindo-se ao episódio de apnéia*), sabe... aí pra mim se eu ficar, se eu tiver perto, num vai acontecer, coisa de mãe mesmo sabe... aí eu fico sempre perto” (*Rosa, 2º Ent.*).

“Ele tem problemas cardíacos, [...] tem refluxo também, a pressão dele também é alta” (*Amarílis, 1º Ent.*).

A preocupação com as complicações é natural porque as mães e familiares associam a criança prematura a um ser frágil e indefeso, e reconhecem que tem maiores chances de adoecer do que a criança a termo.

Estudo realizado por Gaíva; Ferriani (2001) sobre a vivência de familiares com crianças prematuras no domicílio comprovou que além da preocupação com o corpo frágil, existe o medo da criança adoecer ou ter complicações graves, levando a uma insegurança tal que interfere nos hábitos e rotinas de todos os membros da família.

As visitas domiciliares permitiram perceber as mudanças ambientais nas casas de Jasmim, Rosa, Hortência e Camélia, para que a criança ficasse em um quarto mais isolado e escuro, com o intuito de protegê-la.

Durante as visitas, foram freqüentes os questionamentos feitos à pesquisadora com relação à intervenção nas possíveis intercorrências que o prematuro poderia apresentar, assim como com relação às já ocorridas.

Dentre os prematuros, todos apresentavam refluxo gastroesofágico (RGE), considerado uma das complicações mais comuns em crianças prematuras. O RGE é definido como a passagem involuntária do conteúdo gástrico para o esôfago, comum na criança prematura pela pressão intra-abdominal ser proporcionalmente mais elevada (quando comparada com o RN a termo) e apresentar esvaziamento gástrico mais lento (TOPOROVSKI, 2003).

Os sintomas clínicos do RGE são o vômito (embora muitos episódios de regurgitação gástrica não resultem em êmese); a dor decorrente da esofagite e do desconforto causado pelo refluxo e a dificuldade de ganho ponderal em virtude dos vômitos e dos esquemas alimentares com redução volumétrica de leite (BRASIL, 2002).

Diante desta complicação, as cuidadoras referiram sobre suas intervenções:

“A não ser quando eu dou leite que ele coloca tudo pra fora, eu fico com medo [...] Quer dizer, coloco pra dormir não, tenho que ficar uma hora por causa do refluxo, tenho que ficar uma hora com ele em pé toda vez que dou a mamada dele, aí depois eu coloco ele pra dormir e espero a próxima” (*Amarílis, 1º Ent.*).

“A amamentação, quando eu termino de amamentar, tenho que botar logo pra arrotar, aí eu dou um tempo porque se eu coloco ele no berço logo, ele vomita. O medo de asfixiar, a posição tudo eu acho diferente [...] Esses dias aumentou (*referindo-se ao cuidado*)... porque eu não tô deixando ele na cama, assim sabe... mesmo depois que eu dou a mama e boto pra arrotar e tudo” (*Rosa, 1º Ent.*).

“Ela tem essa questão de gofar com facilidade, até mesmo pela narina sai o leite, eu fico com medo de deixar ela sozinha pra ir fazer as coisas [...] Ela tá fazendo uso de alguns medicamentos [...] motilium... que é pra... pro fato dela tá gofando muito... não sabe ao certo se ela tá com refluxo e ... a vitamina... que é o provovit e ... o sulfato ferroso” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Isso que é minha preocupação [...] ela faz as necessidade, aí eu vou trocar , aí [...] sai o leite pela boca, né. Aí eu fico preocupada com isso, mas ela já está tomando a medicação” (*Hortência, 2º Ent.*).

As condutas das mães correspondem às preconizadas pela literatura (BRASIL,2002; TOPOROVSKI, 2003), vez que fracionaram a dieta, evitavam deitar o bebê após a alimentação e usaram a medicação recomendada. A terapêutica conservadora é a mais adequada e é mantida pelas cuidadoras através de interferências simples.

As mães também realizaram alterações ambientais para cuidar especificamente desta patologia, como suspensão da cabeceira do berço; adaptação da cama de casal (quando a criança dormia junto com os pais) para manter a cabeceira mais elevada, utilizando travesseiros ou colchonetes.

Durante as visitas, as mães associaram a possibilidade da criança asfixiar em decorrência do refluxo. Para Toporovski (2003), o diagnóstico do RGE patológico e o

tratamento adequado trará impacto positivo no ganho ponderal e estado de saúde da criança. Neste sentido, a atuação adequada da mãe no cuidado do filho com RGE evita que ele tenha complicações como aspiração láctea, apnéia, esofagite ou perda de peso.

Além do RGE, outras intercorrências que emergiram nas entrevistas foram os distúrbios respiratórios, como gripe, apnéia e a cianose. Independentemente da etiologia dos distúrbios respiratórios no período neonatal, ressalta-se a importância da precocidade do diagnóstico e a implementação da terapêutica cabível no intuito de reduzir a gravidade e as complicações daqueles (PACHI, 2003).

Pelas falas, compreende-se como as mães percebem estas intercorrências e que cuidados têm diante das mesmas:

“Se demorar muito (*no banho*), ele fica roxo” (*Rosa, 1º Ent.*).

“Porque ele pode ficar roxinho, faltar o ar e ninguém vê” (*Camélia, 1º Ent.*).

“Eu perguntei a alguém antes meu Deus, lá ainda quando eu tava no hospital, caso ela viesse a ficar assim (*apresentar apnéia*), se corria o risco de com dois meses ainda quando tivesse em casa ela ter... ela ter essa queda, essa mudança” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Ah, minha filha, tem dois dias que a noite ele ficou todo roxo, aí gritei minha irmã e fui com ela no hospital. O médico disse que era apnéia e que era normal para prematuro, aí ele falou que é por causa da prematuridade dele e... me ensinou a fazer tipo ...uma manobrazinha do pé. [...] Mas pense num susto viu! Ohhh! Eu disse que num morro mais não viu [...] ela me disse que acha que não foi pro causa da prematuridade (*referindo-se ao episódio de apnéia que a criança teve*). Ela me disse que acha que foi por causa do nariz dele mesmo que tava entupido” (*Rosa, 2º Ent.*).

“Ele tá até com o nariz entupido... aí o médico passou um remédio pro nariz e também passou outro quando ele acabar de mamar pra eu botar duas gotas na boca dele quando ele acabar de arrotar pra num dar gases. Ele nem me deixa dormir em paz” (*Dália, 1º Ent.*).

“Tô cuidando bem dela, né... agora ela tá gripadinha um pouco, mas tô tendo bastante cuidado pra num piorar mais. Tô também... comprei um sorine, tô dando... colocando no nariz dela de noite, que entope mais de noite. Aí coloco o sorine de noite. Num pode dá chá, num pode da nada... tô usando só o sorine só, no nariz, só, só” (*Azaléia, 2º Ent.*).

As preocupações das cuidadoras oscilam entre a piora, o aparecimento de alguma patologia e as intervenções feitas para esta intercorrência. Dentre as crianças participantes da pesquisa, apenas Sírius apresentou um quadro de apnéia, com repercussão hemodinâmica, como mostra a fala de Rosa:

“Oh! ... no ... eu... eu... eu num tive reação nenhuma. Não, não, não... num veio o número de telefone pra ligar... pra ligar pra casa de ... (*pai da criança*). Eu me senti uma inútil porque você tá vendo ali o ar faltando, você sacode o menino e o menino parecendo que tá morto. Aí eu comecei a orar. Eu disse: “Meu Deus do céu, repreende agora todo espírito de enfermidade”. Fiquei sem reação. Aí Deus ajudou que ele voltou, eu fiquei nervosa, fiquei muito nervosa... e sozinha! Mas na hora assim você.... eu mesmo assim né me senti uma inútil, porque eu tô vendo ali passando mal e num posso fazer nada. É ruim viu” (*Rosa, 2º Ent.*).

A apnéia é uma das alterações clínicas mais frequentes no prematuro, definida como parada respiratória de aproximadamente vinte segundos ou mais, que deve ser detectada precocemente porque pode causar hipoxia com lesões de múltiplos órgãos. Sua incidência é tanto maior quanto menor for a idade gestacional. Pelas complicações que pode acarretar à criança, deve ser constantemente monitorizada e investigada (OSHIRO; COSTA, 2004; LIMA NETO, 2003).

Mesmo sabendo da possibilidade de o filho apresentar apnéia, Rosa não tomou as providências cabíveis no momento adequado, colocando em risco a saúde de Sírius. Recebeu auxílio da irmã no segundo episódio de apnéia, o qual, da forma que foi relatado, também não foi correto.

Algumas medidas, ao mesmo tempo em que contribuem para evitar o aparecimento da apnéia, são incluídas no tratamento e podem ser realizadas pela família no domicílio. Essas medidas são: manutenção do neonato em ambiente térmico adequado; cuidados na administração de leite que evitam a distensão gástrica ou o RGE; manter o recém-nascido em postura adequada (manter o pescoço ereto evita obstrução das vias aéreas); manter estimulação cutânea, esfregando a pele do bebê. São cuidados simples e devem ser ensinados à família para utilizá-los quando necessário (OSHIRO; COSTA, 2004; LIMA NETO, 2003).

A fala seguinte revela outra inadequação com relação à preocupação com uma das complicações respiratórias:

“Também comentou caso ela viesse a ficar roxa, pelo fato dela se entalar com o leite, que pra eu aspirar o nariz, chupar o nariz, eu num tô nem esperando isso acontecer porque tem horas que ela fica agoniada, como se tivesse é... entupida, aí eu to fazendo isso direto” (*Jasmim, 1º Ent.*).

Jasmim realizava aspiração constantemente das vias aéreas de Mimososa, pois receava que sua filha pudesse se asfixiar. Ela não esperava ocorrer a complicação e sua intervenção determinava exposição da filha à perda de peso, infecção e à asfixia. Este fato determinou intervenção da pesquisadora após a entrevista, orientando-a quando e como fazer a aspiração da criança, reconhecendo os sinais de asfixia.

Além das complicações em domicílio, houve um caso de reinternamento, como expressa a fala de Amarílis.

“Quando começou ficar em casa dando leite e também tava ficando roxinho e colocando pela boca e pelo nariz o que comeu... aí quando eu levei detectou refluxo, aí como tem problema do coração e tava tomando captopril a doutora pediu pra deixar ele dois dias, colocando sorinho no nariz e pediu pra deixar, colocar de observação. Aí depois, passou remédio e ele não está mais regurgitando não, dá o leite e ele acorda direitinho” (*Amarílis, 2º Ent.*).

Os reinternamentos são freqüentes no primeiro ano de vida dos prematuros devido as complicações às quais estão susceptíveis e, como corrobora Rugolo (2004), a morbidade é alta neste período, principalmente pela incidência de problemas respiratórios, infecções e hérnia inguinal.

Assim, considerando as intercorrências apresentadas pelos prematuros no domicílio pode-se afirmar que a alta é a primeira batalha a ser vencida pelos prematuros, diante de tantos problemas que podem ocorrer ou manifestar-se posteriormente, comprometendo a qualidade de sua sobrevivência. Assim, é fundamental que todo prematuro de baixo peso seja acompanhado sistematicamente por uma equipe multiprofissional, para que ele possa atingir ao máximo possível seu potencial de crescimento, desenvolvimento e de realização como ser humano (RUGOLO, 2004).

Desta forma, torna-se imprescindível o suporte social às mães e familiares, para que estes tenham apoio adequado para cuidar do prematuro e garantir-lhe condições apropriadas para crescimento e desenvolvimento, assim como fornecer-lhe qualidade de vida.

4.4 O SUPORTE SOCIAL PARA O CUIDAR DO PREMATURO

Nesta categoria emergiram três subcategorias as quais resultaram da convergência de fatores compreendidos como suporte social para o cuidar do prematuro. Segundo Helgeson apud Rossi (2005), o suporte social pode ser visto de diferentes maneiras, dependendo do que as pessoas adotam no ambiente social para suportarem situações diversas, como: suporte emocional, que se refere à presença de pessoas disponíveis para escutar, preocupar-se, simpatizar, prover confiança, o toque, amor; suporte instrumental, referindo-se à ajuda nas tarefas domésticas, empréstimo de dinheiro, aquisição de medicamentos e suporte de informação, apoio de profissionais que informam ou orientam.

Neste estudo, o suporte social é compreendido pela pesquisadora como a rede de apoio que a mãe tem para o processo cuidar/cuidado no domicílio, que inclui o suporte oferecido pela família ou outras pessoas que se dispõem a ajudá-la, a organização de serviços que proporcionam assistência ao indivíduo, englobando o amparo afetivo, social, educativo, espiritual e de saúde. Nesta categoria, discute-se a contribuição da família no processo cuidativo, interferência do internamento hospitalar e o seguimento ambulatorial da criança.

Contribuição da família no cuidar da criança

Nesta subcategoria, são agrupadas as informações sobre a cuidadora e a contribuição da família no cuidar do prematuro. Em todas as fases da vida, a família exerce uma influência fundamental no fortalecimento do vínculo afetivo dos seus componentes.

Assim, um ambiente familiar saudável e harmonioso entre seus membros possibilita a compreensão das dificuldades vivenciadas e a participação dos cuidados daqueles componentes em variadas situações assistenciais.

Neste sentido, a mãe necessita da contribuição dos familiares para cuidar do prematuro no intuito de diminuir a fadiga e o estresse decorrentes das vivências de situações diárias. As cuidadoras expressaram que só elas cuidam do prematuro.

“No cuidado dela em si [...] sempre eu. Tudo, tudo quem faz sou eu”
(*Jasmin, 1º Ent.*).

“Só quem cuida especificamente sou eu. Só eu mesmo” (*Hortência, 1º Ent.*).

“Eu cuido com o maior carinho [...] Tenho o maior cuidado com ele” (*Rosa, 1º Ent.*).

“Por enquanto eu faço as coisas só” (*Camélia, 1º Ent.*).

Denardin (2004), ao estudar o cuidado familiar, refere que a mulher detém o saber sobre o cuidado, o qual é aprendido no convívio com outra mulher, durante sua vida e transmitido para outras mulheres (filhas ou netas). A mulher é geradora do cuidado, é ela quem se organiza, faz arranjos internos à família e assume o controle quando algum membro precisa de cuidados.

Collière (1999) refere que o cuidado sempre esteve associado à prática das mulheres e que, no momento atual, os cuidados habituais da vida cotidiana estão integrados à própria atividade feminina.

Mesmo com algumas mudanças ocorridas com o papel da mulher na sociedade, como profissionalização, maior independência financeira e outras, é ela que ainda carrega o peso de algumas representações consideradas socialmente corretas, como a de ser mãe (GAÍVA; FERRIANI, 2001).

Para Toma (2003), o pai, mesmo que seja cada vez mais instigado a participar do cuidado dos filhos, pode não ser capaz de corresponder a essa expectativa, devido aos papéis de gênero que ainda prevalecem.

Dentre as entrevistadas, só Azaléia afirmou:

“Por enquanto é só eu e marido mesmo. Porque minha mãe vem aqui só de visita. Minha mãe e minha irmã vem aqui só visitar. Aí vem só visitar e volta” (*Azaléia, 2º Ent.*).

Entretanto, quando questionada sobre o cuidado que o marido presta à criança, ela diz que:

“Ele ajuda sim... quando ela tá chorando também, eu dou pra ele segurar, [...] sobre amamentação, ele diz como é pra dar” (*Azaléia, 2º Ent.*).

Isso demonstra que no cuidar direto da criança o marido não participa, mas ajuda com ações auxiliares, o que se considera reflexo da questão de gênero inerente ao cuidar, reafirmando que a mulher é primordialmente a pessoa que cuida dos filhos.

Assim, entende-se que o cuidar da criança é uma tarefa que está culturalmente delegada à mulher, principalmente quando se trata de uma criança prematura, que requer cuidados especiais (GAÍVA; FERRIANI, 2001).

A adaptação ao papel materno pode ser difícil para muitas mulheres pela carência de clareza às especificidades; pois é um produto da cultura e refere-se às ações que se espera que ela desempenhe em relação ao filho. A identidade materna acontece quando ela experimenta equilíbrio interno, confiança e competência no seu desempenho de papel de mãe (ZAGONEL e cols, 2003).

O desempenho do papel materno está relacionado à história da mulher, suas experiências com seus próprios pais, relacionamentos interpessoais de maneira geral, ao desejo de concepção e o transcorrer da gravidez.

Neste sentido, Nóbrega (2005) aponta alguns aspectos que podem interferir no cuidado materno, como por exemplo a interação da mãe com o filho, a qual é reflexo do tipo de vínculo que se estabeleceu entre os dois. Na maioria das vezes, a mãe não teve estimulação adequada durante sua infância, nem bom vínculo com a própria mãe. Conseqüentemente, a capacidade materna de identificar as solicitações do filho, e respondê-las de maneira adequada, fica comprometida. Deste modo, a falta de atenção diária da mãe com seu filho inviabiliza a troca de experiências prazerosas, causando sensíveis prejuízos no desenvolvimento da criança.

Zagonel e cols (2003) consideram que o aspecto cultural da família ou sociedade interfere neste processo e que o apoio à mãe dado pela família ou por profissionais ajudam a sentir-se apta para o cuidar/cuidado. Assim, todas as mulheres têm alguém que as ajuda de alguma forma, seja nas atividades domésticas, ou apoio indireto no cuidado com a criança:

“Ele (*referindo-se ao marido*) tá sempre constante, tá sempre... deita, fica fazendo carinho nela, pega, bota no colinho” (*Hortência, 1º Ent.*).

“Quando precisa, eu peço a alguém ... a minha mãe assim pra ajudar [*1º Ent.*] Meu marido me ajuda, minha mãe” (*Camélia, 2º Ent.*).

“Aqui tem a avó, tem o pai dele, qualquer coisinha tem o pessoal né. [...] no banho mesmo... eu dou o banho, aí... ou o pai ou a avó me ajudam a vestir ele. As vezes, eu to precisando fazer alguma coisa assim... aí eu dou o banho, aí um vem, segura ele pra arrotar ou pra dormir... é assim” (*Rosa, 1º Ent.*).

“Quando eu tava na casa da sogra, ela só fazia assim ... segurar, umas vezes assim, mas quem cuida especificamente sou eu.
Às vezes ajuda assim...a lavar a roupa dela, a ferver o ... a chuquinha, só assim, nessas coisas [*1º Ent.*]. Eu tenho ajuda assim de minha mãe, minha irmã, mas não assim com ela (*referindo-se a filha*), em relação algumas coisas pra puder me ajudar em casa... roupa mesmo, a roupa dela quem tá lavando é minha mãe, mas assim os cuidado com ela é eu mesmo” (*Hortência, 2º Ent.*).

“Ele (*referindo-se ao pai da criança*) pega ... dá carinho, num dá banho, né, que num sabe [...] dá denço toda hora” (*Dália, 2º Ent.*).

Essas falas demonstram que as pessoas mais presentes no auxílio à cuidadora são os maridos (ou companheiros) e as avós, com ressalva de uma situação que aconteceu com Amarílis, que precisando internar-se, uma cunhada assumiu integralmente o cuidado da criança.

“Estes dias que eu fui internada novamente, aí tá sendo com minha cunhada, mas tá sendo igual, ela cuida direitinho, ele até acostumou com ela também, quando coloca no colo já dorme e comigo não é assim” (*Amarílis, 2º Ent.*).

A divisão de responsabilidades se deve pela sobrecarga⁴ materna, refletida no desgaste físico e emocional da mulher, pois todas demonstraram dedicação total ao filho, abdicando de outros afazeres ou necessidades pessoais, observado nestas falas:

“Meu dia é mais dedicado a ele do que a casa (*risos*). Aí mamãe deixa tudo pra cuidar de eu (*risos, direcionando o olhar para o filho*)” (*Azaléia, 1º Ent.*).

⁴ A palavra sobrecarga esclarece, de forma geral, a situação vivenciada pelo cuidador em vários aspectos, entre os quais Waidman (2007) identifica cinco componentes: a sobrecarga física, a emocional, a financeira, a (in)dependência da família e o desgaste daquele.

“Eu num tô fazendo nada em casa, eu só tô ao lado dela sempre”
(*Hortência, 1º Ent.*).

“E em relação a deixar sozinha pra ir fazer as coisas, toma muito meu tempo, porque eu tenho que ficar o tempo todo observando como é que ela tá, as reações dela” (*Jasmin, 1º Ent.*).

“Eu num faço nada em casa, quem faz é minha irmã, minhas sobrinhas”
(*Rosa, 2º Ent.*).

Estes depoimentos revelam como as cuidadoras ficam disponíveis aos filhos, delegam as tarefas domiciliares para outra pessoa ou não as realizam (quando não há outro membro no domicílio que as possa realizar) e demonstram também sobrecarga física.

“Acho que vou ter acompanhamento do psicólogo... assim me dava um nervoso, quando via ele chorando, mas agora tô tendo o máximo de calma, porque sei que ele tá chorando não é por ele, é que alguma coisa ele tá sentindo, mas quando a gente veio do hospital dava um nervoso, uma dor de cabeça” (*Amarílis, 2º Ent.*).

Amarílis foi a única mãe que exteriorizou alterações psíquicas, complementando após a entrevista que ela sabia que estava com depressão, pois se sentia cansada e preocupada com o filho, que parecia estar “desligada” e que teve até vontade de bater nele no momento em que ele chorava, achando-se estranha por ter este sentimento.

Para amenizar a carga física e emocional das mães de filhos prematuros, Toma (2003) sugere a participação efetiva tanto do companheiro quanto dos avós, referindo ainda que uma rede encadeada de maneira a dar apoio também ao pai, poderia potencializar a vivência da maternagem.

A sobrecarga emocional de cuidadores no domicílio é consequência da somatória de problemas e a falta de alguém para ouvi-la de maneira empática e solidária faz com que a sobrecarga se torne cada vez mais intensa. Assim, o cuidador procura formas de lidar com a sobrecarga, usando todo seu potencial, independentemente de se configurar como um fator propulsor de saúde ou de doença para ele (WAIDMAN, 2007).

Sintomas de depressão e ansiedade nessas mães podem estar presentes não somente pelo fato de cuidarem no domicílio. Padovani e cols (2004) observaram mães de crianças prematuras, durante a internação do bebê na UTIN, detectaram que 44% apresentaram escores

indicativos de sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão. Após a alta hospitalar, perceberam redução significativa do número de mães que apresentaram aqueles sintomas, sendo relacionada com a menor preocupação relativa à sobrevivência do bebê do que com características da mãe e do bebê ou do contexto de internação. A ansiedade experimentada por estas mães parece estar vinculada a um estado emocional transitório marcado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão relativos à situação de internação do bebê na UTIN.

O estresse emocional do nascimento do filho e a percepção dos pais de que o bebê é diferente de um recém-nascido saudável, reconhecendo sua imagem como sendo “especial”, por ter sobrevivido à hospitalização na UTIN e “vulnerável”, pelo medo, a longo prazo, de seqüelas, direcionam para uma paternidade compensatória com alteração no relacionamento pais e filhos (BUARQUE e cols, 2006).

Acrescenta-se ainda que as cuidadoras também vivenciam mudanças no estilo de vida, e isto pode gerar insatisfações em sua vida social, representadas por sentimentos de isolamento e um relacionamento circunscrito às atividades referentes ao cuidado. Ao cuidar de uma pessoa que depende de cuidados especiais, ocorrem mudança no estilo de vida da cuidadora e suas atividades de lazer e convívio social acabam sendo desvinculadas e elas se vêem na impossibilidade de sair de casa, passear, experimentando a sensação de não ter autonomia para gerenciar a própria vida e ter de viver em torno do outro (SENA, 2006).

Nesse contexto, a cuidadora necessita de apoio e de um suporte para cuidar adequadamente do filho. Segundo Pedro; Marcon (2007), o cuidado familiar é definido a partir do mundo de significados de cada família e aprendido, construído e desenvolvido ao longo da trajetória de seu processo de viver, o que lhe dá um caráter de especificidade, pode ser modificado segundo as vivências e interpretações de seus membros. Ele se dá inter e intrageracionalmente e nas diferentes etapas da vida de cada ser humano; é fortalecido pela rede de suporte social, formada por parentes, amigos e vizinhos, seja em situações de crise e/ou cotidiano.

A abordagem sobre cuidado familiar é complementada por Winnicott (2006) ao referir que a mãe não pode aprender a fazer as coisas que lhe competem a partir de livros, enfermeiras ou médicos. Ela pode ter aprendido muito a partir do fato de ter sido criança, da observação de outros pais com seus filhos, e por ter ajudado a tomar conta de seus irmãos; acima de tudo, ela aprendeu muitas coisas de importância vital quando, ainda muito novinha, brincava de mãe e pai.

As falas seguintes explicitam como a mãe interpreta a experiência do cuidar de membros mais velhos de sua família:

“Então tô tendo ajuda deles, a experiência deles, já que já passaram, já tiveram filhos. Minha mãe também, meu irmão foi prematuro [...] mas o foi o quê?? Há anos atrás e [...] como eu fiquei tanto tempo lá no hospital, eu sempre digo que não vou nem precisar de orientação de ninguém aqui fora, porque hoje em dia eu sei cuidar da minha filha mais do que elas (*referindo-se às avós de Mimosa*), porque eu sei de coisinhas que elas não sabem, que elas poderiam saber se fosse os bebês normais de antigamente, que tem é... elas às vezes até param e vem com uma superstição ou outra, entendeu, e eu acho que tenho mais experiência pra cuidar da minha filha do que elas (risos) porque eu passei muito tempo lá, foram trinta e quatro dias no berçário e doze na Canguru” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Minha mãe não teve filho no hospital, nem nada, foi tudo através de parteira, então ela tá com uns conceitos muito... Que eu não concordo, então aí... Algumas coisas até que eu acho certo, mas eu não sigo... não sigo mesmo... Acho certo esses conselhos não [...] Eu fico preocupada que minha mãe tem muito tempo que cuidou de criança, aí eu já venho com algumas experiências do hospital, eu fiquei o quê? Dois meses praticamente” (*Hortência, 2º Ent.*).

As falas revelam atitudes das cuidadoras controversas às da literatura com relação à adoção do conhecimento de familiares para o cuidar da criança. O descrédito talvez ocorra justamente por se tratar de uma criança prematura, que não fez parte da experiência anterior da família.

A única mãe que confiou nos conhecimentos prévios de algum parente foi Rosa, pois sua irmã cuidou recentemente de um filho prematuro:

“Porque eu e mais duas irmãs, todas tem negócio assim... os bebês nascem prematuros. Aí inclusive essa que tá aí no computador (*mostrando-me a sobrinha*) foi prematura também. [...] Aí ficava toda roxa assim... e sem respirar. Aí minha irmã falou que sacudia e fazia essa mesma “coisa” no pezinho dela, aí melhorava. Mas veio me falar depois. Mas eu não sabia nada disso. Não sabia que ficava roxo assim... nada” (*Rosa, 2º Ent.*).

Convivência no Método Mãe Canguru

Uma das contribuições do Método Mãe Canguru é a de aumentar a confiança dos pais, principalmente das mães, para o cuidado com o bebê, pois se sentem mais tranquilos, apresentando sentimentos mais positivos relativos ao filho e à preparação para a alta.

O contato mais íntimo através de práticas como o “cuidado Canguru”, além de influenciar nos diversos aspectos do desenvolvimento do RNMBP, facilita a formação e o fortalecimento do vínculo familiar, imprescindível para a boa evolução após a alta hospitalar (DARÉ JÚNIOR e cols, 2004).

O treinamento da mãe para o cuidado domiciliar do bebê se dá durante toda a internação do prematuro, procurando-se desenvolver habilidades e transmitir conhecimentos específicos. A literatura enfatiza a importância do preparo das mães para a alta hospitalar, reduzindo a ansiedade e aumentando a autoconfiança materna no cuidado domiciliar. Dessa forma, a adaptação da família à criança, após a alta hospitalar, é facilitada (FONSECA e cols, 2004).

Os relatos das cuidadoras demonstram como o MMC contribuiu para o desenvolvimento dos cuidados domiciliares:

“A ajuda também de algumas pessoas que tavam lá, que ficam incentivando a gente... alguns profissionais [...]. No canguru elas sempre orientavam” (*Rosa, 1º Ent.*).

“Era um hábito, então eu adotei isso aqui em casa. [...] E lá no Canguru, essa questão do dia-a-dia mesmo, que era lá” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Porque no canguru tem uma experiência de como você vai cuidar em casa, né, aí porque lá fiquei uma semana cuidando dele praticamente só, no primeiro dia a enfermeira me ajudou, mas nos outros dias só foi eu só, fazendo como ia fazer em casa [...] Foi já uma prática... porque eu adquiri mais experiência pra cuidar dele” (*Camélia, 2º Ent.*).

“Eu tava imaginando [...] porque se eu sáísse, pegasse o bebê na primeira semana que tive ali que geralmente você sai com dois dias, eu saindo naquela forma eu sabia nem o que ia acontecer tava sem experiência nenhuma e devido a esse tempo vem adquirindo experiência [...] Você adquire alguma coisa, ou pouco ou muito, só que você sempre tem alguma duvidazinha, você vai procurar quem tem experiência” (*Hortência, 2º Ent.*).

A experiência no MMC possibilitou às mães se sentirem mais seguras para cuidar do filho em casa, pois lá prestavam os cuidados, eram supervisionadas pela equipe de enfermagem e recebiam orientações de outros profissionais.

Uma preparação inadequada para a alta hospitalar ou falta de envolvimento da família nos cuidados da criança resultará em ausência de vínculo familiar e cuidados domiciliares inadequados, levando à menor estimulação e afetividade por parte da família, contribuindo para maiores taxas de morbidade ou mortalidade e abandono (DARÉ JÚNIOR e cols, 2003).

O MMC promove a interação mãe-filho de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, possibilitando a troca da afetividade, o estabelecimento do vínculo e a confiança da mãe nos cuidados com seu bebê.

A experiência profissional da pesquisadora permitiu perceber que as mães cuidam efetivamente dos filhos na segunda fase do MMC, momento em que conseguem esclarecer dúvidas ou aprender procedimentos que até então não executavam. Na primeira fase, período no qual a criança permaneceu no berçário de alto ou médio risco, as mães assistem seus filhos serem cuidados pelos profissionais, realizando poucos procedimentos.

Moraes; Cabral (2004) referem que o cuidado de crianças egressas de UTIN no domicílio é possível pelo compartilhamento de experiência do cuidador familiar com o saber das enfermeiras, que levou a uma aprendizagem social pautada na reflexão e na crítica. Este cuidado vai além do adaptar-se ao novo como um desafio de cuidar da criança inédita no domicílio, porque exige a incorporação de novos saberes e instrumentos mediadores oriundos da fala social, da observação e da demonstração sobre o corpo cognoscível do bebê.

Associado à prática e ao cotidiano do MMC, as cuidadoras relataram que receberam informações que nortearam o cuidar dos filhos no espaço social do domicílio:

“Eu me senti mais... mais prevenida, comecei a entender um pouco que eu não entendia, cuidar [...] aí gostei da orientação, da explicação que ela me deu, foi bom que aí eu fico sabendo, aí eu sei lidar com criança prematura” (*Azaléia, 1º Ent.*).

“O médico, os médicos, o fisioterapeuta, a fisioterapeuta, né... e também as técnicas de enfermagem. As informações maior foi através das técnicas, né, que tá o maior tempo com a gente” (*Hortência, 1º Ent.*).

“Foram feitas várias recomendações, tanto no berçário quanto no Canguru. Assim [...] não deixar ele só, quando dar o banho conversar sempre com ele e sempre aquecer, não demorar muito no banho pra não ficar resfriado”
(*Camélia, 1º Ent.*).

As orientações eram feitas pela equipe multiprofissional e abordavam aspectos variados sobre o cuidar do prematuro, possibilitando o esclarecimento de dúvidas ou conhecimento de aspectos inerentes à prematuridade até então desconhecidas pelas mães. No entanto, pelo que se observa no cotidiano das unidades hospitalares e pelos relatos das mães, essas orientações não eram sistematizadas e a equipe as fornecia informalmente.

Com as informações apropriadas aos pais durante o internamento da criança, é possível torná-los capazes de cuidar adequadamente do prematuro em casa, espaço em que terão de desenvolver sozinhos os cuidados.

Fonseca e cols (2004) descrevem o desenvolvimento de material didático-instrucional dirigido ao treinamento materno para a alta hospitalar do bebê prematuro, o qual foi elaborado com assuntos de interesse escolhidos pelos participantes, agrupando-os em cuidados diários, alimentação, higiene, cuidados especiais e relacionamento familiar. Foi então validada uma cartilha educativa ilustrada com figuras, que pudesse ser levada para o domicílio, como suporte para cuidar do prematuro.

A orientação às mães dos prematuros deve ser constante, pois durante o cuidado domiciliar podem emergir dúvidas, medos ou inseguranças e, desta forma, torna-se necessária a garantia deste apoio às mães e familiares.

Neste sentido, Daré Júnior e cols (2003) refererem que a família deve ser envolvida no planejamento da alta hospitalar, sendo assegurado o acompanhamento ambulatorial, seja no próprio hospital, seja utilizando os recursos da comunidade, deixando claro para a família que eles continuarão contando com o apoio para cuidar dos seus filhos após a alta hospitalar.

Seguimento da criança prematura

A terceira etapa do MMC é realizada após a alta, com o seguimento ambulatorial, considerado como uma estratégia que dá continuidade ao atendimento da criança, avaliando o crescimento e desenvolvimento, assim como seu desempenho clínico, de forma sistemática,

através de uma equipe multidisciplinar (pediatra, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais), além de outros especialistas que atendam às necessidades de cada criança (MELLO; MEIO, 2003).

Segundo Rugolo (2004) este seguimento deve ocorrer até a idade escolar e ter periodicidade. A primeira consulta deve ocorrer em torno de uma semana após a alta para avaliar a adaptação do prematuro no lar. Em seguida, as consultas devem ser bimensais no primeiro semestre e trimestrais até os dezoito meses. De dois a quatro anos, as consultas podem ser a cada seis meses se a criança estiver evoluindo bem e, posteriormente, uma vez ao ano.

Os depoimentos das mães evidenciaram que o seguimento não acontece de acordo com o preconizado ou, em alguns casos, ainda não realizou nenhuma consulta após a alta:

“Por enquanto num tá sendo acompanhada não. Eu vou só fazer o teste do pezinho dela, fazer uns exames dela e esperar ver o que elas vão dizer [*1º Ent.*] Eu num pesei ainda o bebê porque a agente de saúde ainda não veio, agora eu vou levar no posto. [...]. Vou saber dela (*da agente de saúde*) como é pra começar a acompanhar a criança se vai ter que levar no posto direto levar a menina, que aí fica difícil um pouco pra mim ir todo dia também... no posto com ela e vivendo chovendo, fica difícil. [...] que ela num pode ficar sem acompanhamento e num pode também... tem de ver se tá perdendo peso, ou tá perdendo ou tá ganhando também. Aí segunda eu vou e peso ela lá no posto” (*Azaléia, 2º Ent.*).

“Eu ainda não marquei o... o pediatra dele, hoje eu vou marcar, porque também eu tô com medo de sair pra rua, assim, pra posto, essas coisas... Mas eu vou marcar segunda-feira o pediatra dele pra ele fazer o acompanhamento certinho” (*Amarilis, 1º Ent.*).

“Eu num sei como é que faz, porque o posto tá sendo muito demorado e também pra eu levar ela no posto ela vai ter muito contato com outras crianças e que num pode acontecer agora.
(*A cunhada interfere e diz: “E lá não tem pediatra, os postos aqui nenhum tem pediatra”*) É... e aqui no posto também num tem, né, pediatra.. aí tá sendo difícil” (*Hortência, 1º Ent.*).

“Eu ainda num marquei nada pra ele ainda. Essa semana que eu vou porque tô preocupada com esse problema das gases, aí eu quero marcar uma consulta com o pediatra, vou fazer a puericultura dele e vou marcar tudo essa semana” (*Rosa, 1º Ent.*).

O contexto de cada família, considerando a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, condição financeira restrita, desarticulação da terceira fase ao MMC, inexistência de políticas públicas que dêem suporte ao acompanhamento dos prematuros, resultam em seguimento ineficaz, quando não inexistente, expondo os RNPTs a um maior risco de morbimortalidade.

Os relatos esclarecem a dificuldade que as mães têm para realização dos exames ou consulta com especialistas:

“O acompanhamento dele, os exames tá sendo no posto... Aí demora bastante... e dia três vou marcar o cardiologista...a fisioterapia dele...e qual é a outra? Oftalmologista e otorrino também” (*Amarilis, 2º Ent.*).

“O acompanhamento eu já fui na Clínica já, a pediatra já pesou, já verificou como é que ela tá direitinho, se tava o peso, se tá ganhando peso direitinho depois que saiu do hospital, já mediu tudo direitinho, é... já .. ela passou uns exames pra poder fazer, eu já fui, já fiz a ultra-sonografia da cabecinha, né, eu esqueci a gora o nome da ultra-som e já fiz também depois que saiu do hospital o teste da orelhinha e tem também pra poder ir no oftalmologista e no neuropediatra, que ela solicitou e ..depois também na fisioterapeuta fazer também esses acompanhamentos” (*Hortênciã, 1º Ent.*).

“Encaminhou pra fazer uma ultra-som pra saber se tá mesmo com refluxo ou não. E ai como não fez um mês ainda que eu tô aqui em casa, é como eu te falei... tô aguardando a ... o meu plano pra poder encaminhar pra um médico especialista e gastro” (*Jasmim, 1º Ent.*).

“Agora, acompanhar.... O pediatra me perguntou se lá tinha marcado ultra-som (*referindo-se ao hospital no qual o bebê estava internado, pois ele apresentava um nódulo na região mentoniana direita*), aí eu falei que não... aí ele pediu uma ultra-som e aí eu vou ter de marcar. Agora só vou marcar para o mês... Porque pra agendar isso só agenda com um mês” (*Dália, 1º Ent.*).

Carvalho; Gomes (2005) afirmam que a garantia do acesso às unidades e a realização de exames e procedimentos especializados é uma tarefa que ainda desafia o cotidiano da atenção neonatal e acham importante o acesso à ultra-sonografia transfontanela e aos procedimentos oftalmológicos para diagnóstico e tratamento da retinopatia da prematuridade.

Dentre as entrevistadas, apenas Atria tinha um seguimento próximo do esperado, que incluía consultas e exames particulares como mostra o depoimento de sua mãe:

“Já fiz a ultra-som, [...] o teste da orelhinha [...] Por enquanto eu tô fazendo particular, né, porque eu tô ajeitando pra ver se eu faço um planozinho pra ela, mas o problema é a condição, que aí num tá tendo [...] Então tô fazendo o sacrifício de fazer consulta, esses examezinhos, fazendo da força coragem e aí vamos lá” (*Hortência, 2º Ent.*).

A fala de Dália evidencia facilidade para conseguir atendimento médico para Hadar, pois ela mora próximo à uma unidade básica de saúde; contudo, tinha dificuldade para marcação de exames ou consultas especializadas.

“Eu levo pra cuidar dele, né... pra ver se tá com alguma coisa, pra médica examinar ele. [...] tô levando pro posto aqui, normal. Tô fazendo acompanhamento aqui com o pediatra [...] A cada duas semanas pego e levo [...] pra puericultura” (*Dália, 2º Ent.*).

Este contexto permite inferir que a assistência neonatal não acontece na sua integralidade; diante da inexistência de um acompanhamento sistemático multiprofissional e de exames específicos.

Assim, Carvalho; Gomes (2005) concluem que há inúmeras dificuldades no lugar da garantia de acesso, inequidade onde deveria encontrar equidade, desorganização e a fragmentação ao invés de regionalização e hierarquização do sistema, bem como as preocupantes e frequentes inadequações técnico-científicas na assistência, ainda se apresentam como desafios para a gestão pública do atendimento perinatal.

Partindo do princípio de que a boa assistência neonatal não se restringe à garantia da sobrevivência do prematuro até a alta, o seguimento e o suporte adequado aos bebês e crianças egressos das unidades neonatais são ainda enormes desafios.

Algumas normas ou princípios de conduta devem ser incluídas neste seguimento, para garantir um suporte apropriado, como sugerem Meio; Mello (2003):

- Reconhecer que a família é o fator constante da vida da criança;
- Facilitar a relação família-profissional em todos os níveis de cuidado;
- Fornecer, de forma adequada e com apoio, todas as informações sobre a criança;
- Proporcionar apoio emocional de acordo com as necessidades das famílias;
- Reconhecer as características da família e respeitar as diferentes formas de cuidar da criança;
- Estimular o suporte mútuo entre os pais;

- Tornar o sistema de saúde acessível, flexível e adequado às necessidades da criança e de sua família;
- Apoiar e respeitar a família em suas necessidades emocionais e financeiras;
- Respeitar as necessidades da criança e não apenas as suas deficiências;
- Estimular a formação de grupos de pais.

Segundo Carvalho; Gomes (2005), as intervenções voltadas tanto para as especificidades clínicas deste grupo, quanto para a atenção interdisciplinar oportuna nos desvios do desenvolvimento ainda não têm a cobertura necessária.

Assim, urge a reestruturação de políticas públicas que dêem aparato aos prematuros, que possibilitem uma assistência pré-natal que atenda a integralidade da mãe e do feto, suporte adequado no período neonatal e seguimento até a idade escolar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o cuidado do prematuro no domicílio permitiu conhecer as experiências vivenciadas pelas mães e familiares neste processo. Foi possível conhecer como estas crianças são cuidadas, descrever os aspectos envolvidos neste processo, as preocupações que surgiram ao conviver com o RNPT e o suporte social que têm para o processo cuidar/cuidado.

Na primeira categoria, **o cuidar da criança prematura no domicílio**, percebeu-se que são as mães que cuidam do prematuro na residência, percebem que o filho, pela sua condição física, decorrente do nascimento antecipado, requer cuidados especiais. Associam o prematuro a uma criança frágil com maiores chances de adoecer, adotam a criança a termo como referência para o cuidar e reconhecem ser mais fácil cuidar desta do que do prematuro.

No universo temático sobre o cuidado da criança prematura, foi possível descrever como as mães realizam os cuidados com a alimentação, com a higiene, com o aquecimento e com a prevenção das infecções.

Com relação à alimentação, as mães priorizam o aleitamento materno exclusivo. O leite materno é valorizado e elas conseguem identificar as mudanças necessárias quanto à quantidade e frequência do aleitamento.

A higiene da criança (banho, troca de fraldas) segue as recomendações da literatura, exceto a rotação lateral para manipular o bebê durante a troca de fraldas, visto que a posição utilizada pelas mães é exclusivamente o decúbito dorsal.

Para manter o bebê aquecido, as mães reproduzem o que apreenderam durante o internamento sobre este procedimento, como a utilização da posição do MMC, algodão, mantas e termômetro para controlar a temperatura.

A prevenção de infecções é realizada através da restrição de visitas, cuidados com os utensílios e vacinação. Sobre esta, houve diferentes parâmetros para realizá-la, ora utilizando a idade, ora o peso do bebê. Esta divergência de administração de vacinas no prematuro indica a necessidade de treinamento para os profissionais de saúde que atuam na imunização e de esclarecimento para os cuidadores da criança.

Na segunda categoria, **as preocupações que emergiram convivendo com o prematuro**, evidenciaram as preocupações que as mães têm com o crescimento e o desenvolvimento e com as intercorrências que a criança possa apresentar.

As preocupações das mães relacionadas às intercorrências incluem a piora de alguma patologia pré-existente, o aparecimento de outras e se as intervenções foram ou serão adequadas com relação às complicações.

Na terceira categoria, **o suporte social para cuidar do prematuro**, emergiu a rede de apoio que as mães têm para cuidar do filho prematuro em casa, englobando a contribuição da família no processo cuidativo, interferência do internamento hospitalar e o seguimento ambulatorial da criança.

O cuidado direto do prematuro no domicílio é realizado somente pelas mães, sendo que a família contribui com as tarefas auxiliares. Os relatos das mães mostram que durante sua permanência no MMC, a enfermeira e os outros componentes da equipe de saúde deram-lhes orientações para cuidar do filho, tanto na unidade, como na residência.

A partir dos resultados desta pesquisa, conclui-se que as mães desempenham adequadamente o cuidado do prematuro no domicílio. Desta forma, as orientações para o cuidado domiciliar durante o internamento devem ser fundamentadas nas especificidades do prematuro, para que as mães possam compreender o RNPT, não adotando referências que possam confundi-la. Estas orientações devem incluir as intercorrências que podem acometer a criança prematura, e preparar os pais e familiares no sentido de que esses se sintam seguros para intervir nesses momentos e o façam corretamente.

Estes aspectos reforçam a importância de se fornecer aos cuidadores de prematuros durante sua permanência no MMC, tanto as informações sobre os cuidados da criança quanto as que dizem respeito às intercorrências. Assim, o profissional responsável pelo ato de cuidar deve permitir que as necessidades sentidas pelas mães aflorem, em vez de determiná-las. Deve desenvolver as ações de cuidados do filho “com as mães” em vez de “para as mães”, dando-lhes oportunidade para falarem sobre o medo, ansiedade e insegurança existentes.

Este consiste num primeiro passo para que a criança prematura tenha uma assistência adequada às suas necessidades. O próximo passo consiste na elaboração de um protocolo de ações de enfermagem para as mães e familiares de bebês prematuros no MMC e nos domicílios, incluindo a visita domiciliar e a disponibilidade da enfermeira para esclarecimento de dúvidas tanto no MMC quanto na residência.

É cogente a reestruturação de políticas públicas que garantam a implementação da terceira etapa do MMC, o *follow-up*, ampliando a assistência neonatal, a fim de que a criança seja acompanhada em seu crescimento e desenvolvimento segundo a recomendação do próprio MMC, com suporte adequado até a idade escolar. Quando não implantada a terceira etapa, sugere-se a inclusão do acompanhamento dos prematuros nas unidades básicas de

saúde, devido à facilidade de acesso a estas, através de uma articulação sistemática com os serviços que integram a segunda etapa do MMC.

Investigações futuras podem ser orientadas para atender algumas questões que surgiram nesta pesquisa, como o período do desmame do prematuro; administração das vacinas e necessidades para acompanhamento do RNPT após a alta.

Recomenda-se incluir nas atividades docentes discussões sobre o cuidado do prematuro no domicílio, proporcionando aos discentes um aprendizado sobre este cuidar, enfatizando o aproveitamento das oportunidades com as mães para orientá-las e desenvolver pesquisas sobre o tema.

Este estudo contribuiu para as reflexões e ações que visem mudanças da realidade em que se encontra a assistência neonatal, de modo que possibilite uma atenção integral ao prematuro após sua alta hospitalar, através da preparação dos pais e familiares para o cuidado domiciliar, aprimoramento dos profissionais e suporte das instituições públicas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança até a idade escolar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Mariza Silva. **Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero.** 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto/ São Paulo, 2005.

ALMEIDA, Maria Fernanda Branca de; BENTLIN, Maria Regina. Sepsis e Meningite Bacteriana. In: COSTA, Helenilce de Paula Fiod; MARBA, Sérgio Tadeu (Coordenadores). **O Recém-nascido de Muito Baixo Peso.** Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Atheneu, p. 279- 310, 2004.

AYRES, Adriana de Mello. Alterações Cognitivas e Comportamentais frequentes na Prematuridade. In: PACHI, Paulo Roberto (organizador). **O pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Roca, p. 485-500, 2003.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Superintendência de regulação da Assistência à Saúde. Diretoria de Assistência à Saúde. **Manual de Atenção ao Recém-nascido.** Bahia: Secretaria de Saúde, 2000.

BALBINO, Flávia Simphronio. **Preocupações dos Pais de Recém-Nascidos prematuros com a proximidade da alta da unidade de terapia intensiva neonatal.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. São Paulo: UNIFESP, 2004.

BARBOSA, Vera Barbosa. **O vínculo afetivo na UTI neonatal: uma questão de reciprocidade da tríade mãe-prematuro- equipe de enfermagem.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. São Paulo: UNIFESP, 1999.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BEREZIN, Eitan N. Vacinação no Pré-Termo. In: PACHI, Paulo Roberto (organizador). **O pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Roca, p. 356-366, 2003.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 11. edição, 2004.

BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo.** Volume 01 da Trilogia Apego e Perda. São Paulo: Martins Fontes, 4. edição, 2004a.

_____, J. **Separação.** Volume 02 da Trilogia Apego e Perda. São Paulo: Martins Fontes, 4. edição, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2 – suplemento- p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**, 3. edição. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (preliminar)**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Programa Nacional de Imunizações, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Uma Análise dos Nascimentos no Brasil e Regiões**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=24455. Acesso em 10.05.06

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, disponível em www.ibge.gov.br, acesso em 12.05.2006.

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRUM, Evanisa Helena Maio de; SCHERMANN, Lígia. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22.03.2007.

BRUNETTI, Walkiria Basile. Reconhecimento de alterações na evolução motora e seu tratamento. In: PACHI, Paulo Roberto (organizador). **O pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, p. 463-484, 2003.

BUARQUE, Virgínia e cols. O significado de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, vol. 82, nº 4. Rio de Janeiro: p. 295-301, 2006. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br>. Acesso em 10.03.07

CABRAL, I. E.; TYRREL, M.A.R.T. O Objeto de estudo e a abordagem na pesquisa qualitativa na Enfermagem. In: GAUTHIER et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CAETANO, Laise Conceição; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan; ANGELO, Margareth. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v 13, n 4. Ribeirão Preto, jul./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 11.11.06

CAMELO JR., José Simon; MARTINEZ, F. E. Dilemas nutricionais no pré-termo extremo e repercussões na infância, adolescência e vida adulta. **Jornal de Pediatria**, vol. 81, Suplemento 1. Rio de Janeiro: p. S33-S42, 2005. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br> Acesso em 10.03.07

CARVALHO, Manoel de; GOMES, Maria Auxiliadora S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de Pediatria**, vol 81, nº1, Suplemento (S111-S118). Rio de Janeiro: 2005. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br> Acesso em 10.03.07

CHARPAK, Natalie; CALUME, Zita Figueroa de; HAMEL, Annick. **O Método Mãe-Canguru: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras.** Rio de Janeiro: McGraw Hill, 1999.

CHAVES, Eliane Correa; DOMINGUES, Tânia A. Moreira. A entrevista. In: MATHEUS, Maria Clara e FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem.** São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 1ª Edição, p. 99-103, 2006.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Cuidar... A primeira arte da vida.** 2ª edição. Lisboa: Lusociências, 2003.

_____, Marie-Françoise. **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COSTA, Helenilce de Paula Fiod; MARBA, SérgioTadeu (Coordenadores). **O Recém-nascido de Muito Baixo Peso.** Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Atheneu, 2004.

COSTA, Marcio Martins da; NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca; SILVA, Raquel Nunes da. O Corpo que afaga e acolhe a Criança. In.: FIGUEIREDO, N. M. A. e cols. **Ensinando a Cuidar da Criança,** Série Práticas de Enfermagem, 4º edição. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Enfermagem, p. 341- 354, 2003

DARÉ JÚNIOR, Sérgio; IMAMURA, Paulo E. A.; FIGUEIRA, Bettina B. Duque; FERNANDES, Glória C. V. Humanização e Abordagem Desenvolvimentista nos Cuidados ao Recém-nascido de Muito Baixo Peso. In: COSTA, Helenilce de Paula Fiod; MARBA, SérgioTadeu (Coordenadores). **O Recém-nascido de Muito Baixo Peso.** Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Atheneu, p. 85-102, 2004

DENARDIN, Maria de Lourdes. A família rural e os cuidados em saúde. In: ELSÉN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2º edição. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, p. 65-78, 2004.

FERREIRA, Evelisse Angelica; VARGAS, Ieda Mara Ávila; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v.6, n. 4, Ribeirão Preto, out, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 06.05.06

FERREIRA, L.; VIERA, C. S. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. **Acta Scientiarum. Health Sciences,** v. 25, nº 1. Maringá: p. 41-50, 2003. Disponível em: <http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/Acta%20scientiarum%20%20Health%20Sciences.htm>. Acesso em 12.04.07

FREITAS, Juliana de Oliveira. **Método Mãe Canguru: evolução ponderal do recém-nascido.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2006.

FIGUEIRA, Bettina Barbosa Duque. Avaliação Nutricional. In: COSTA, Helenilce de Paula Fiod; MARBA, SérgioTadeu (Coordenadores). **O Recém-nascido de Muito Baixo Peso**. Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Atheneu, p. 203- 214, 2004.

FONSECA, Luciana Mara Monti; SCOCHI. **Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna**. Ribeirão Preto, São Paulo: FIERD, 2003.

_____, Luciana Mara Monti; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan; ROCHA, Semiramis Melani Melo; LEITE, Adriana Moraes. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.1, Ribeirão Preto 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 12.04.07

FUJINAGA, Cristina Ide. **Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: proposta de um instrumento de avaliação**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: USP, 2002.

FURLAN, Cláudia Elisângela Fernandes Bis; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan; FURTADO, Maria Cândida de Carvalho. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.4. Ribeirão Preto, jul./ago, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 09.06.06

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; FERRIANI, Maria das Graças C. Prematuridade: Vivencia de Crianças e Familiares. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 14, nº 1. São Paulo: UNIFESP/EPM, p. 17-27, 2001.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; GOMES, M. M. F. **Cuidando do neonato: uma abordagem de Enfermagem**. Goiânia: AB, 2003.

GAZMENGA, Monica Antunes Portella. Preservação do Aleitamento Materno e a Prematuridade. In: PACHI, Paulo Roberto (organizador). **O pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, p. 436-462, 2003.

GIANINI, Nicole M.; VIEIRA, Alan A.; MOREIRA, Maria E. L. Avaliação dos fatores associados ao estado nutricional na idade corrigida de termo em recém-nascidos de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria**, vol. 81. Rio de Janeiro: p. 34-40, 2005. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br>. Acesso em 10.03.07

HANDEM, Priscila de Castro; ROCHA, Ronilson Gonçalves; FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. Comunicação e Toque: a influencia do ambiente nos cuidados. In.: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de e cols. **Ensinando a Cuidar da Criança**, Série Práticas de Enfermagem, 4º edição. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Enfermagem, p. 319-340, 2003.

KAKEHASHI, Tereza Yoshiko; PINHEIRO, Eliana Moreira. A Observação em Pesquisa Qualitativa. In: MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 1ª Edição, p. 105-110, 2006.

KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H. **La Relación Madre-Hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia**. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1978.

_____. Assistência aos Pais. In: KLAUS, Marshall H.; FANAROFF A. A. **Alto risco em Neonatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990, p. 139-155.

LACERDA, Maria Ribeiro; OLINISKI, Samantha Reikdal. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, no. 1. Maringá: p. 239-248, 2004. Disponível em: <http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/Acta%20scientiarum%20%20Health%20Sciences.htm>. Acesso em 01.03.07

LAMY, Zeny Carvalho. Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI neonatal. In: MOREIRA, Maria Elizabete Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit (Orgs.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 141-156, 2003.

LEONE, Cléa Rodrigues. Epidemiologia, desafios e perspectivas. In: COSTA, Helenilce de Paula Fiod; MARBA, SérgioTadeu (Coordenadores). **O Recém-nascido de Muito Baixo Peso**. Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Atheneu, p. 03-10, 2004.

_____, Cléa Rodrigues; RAMOS, José Lauro Araujo; VAZ, Flávio Adolfo Costa. O recém-nascido pré-termo. IN: MARCONDES, Eduardo; VAZ, Flávio Adolfo Costa; RAMOS, José Lauro Araujo; OKAY, Yassuhiko. **Pediatria Básica- Pediatria Geral e Neonatal**, Tomo I. São Paulo: Sarvier, p. 348-352, 2002.

LIMA NETO, Tabajara Barbosa. Crises de Apnéia no Pré-termo. In: PACHI, Paulo Roberto (organizador). **O pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, p. 311-329, 2003.

MARCON, Sonia Silva. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. In: ELSÉN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2º edição. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, p. 43-63, 2004.

MARQUES, Carmen Solange Badaró. Classificação do Recém-Nascido segundo a idade gestacional e crescimento fetal. In: PACHI, Paulo Roberto (organizador). **O pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, p. 23-40, 2003.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Os Fundamentos da Pesquisa Qualitativa. In: _____, Maria Clara Cassuli; FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**, 1º edição. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, p. 17-22, 2006.

MEIO, Maria Dalva Barbosa Baker; MELLO, Rosane Reis de. Necessidade de Intervenção nos Bebês de Risco. In: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Sterit de. (Orgs.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família**

na **UTI neonatal**. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 171-177, 2003.

MELLO, Rosane Reis de; MEIO, Maria Dalva Barbosa Baker. *Follow-up* de Recém-Nascidos de Risco. In: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Sterit de. (Orgs.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 179-184, 2003.

MILTERSTEINER, Aline da Rosa. **Utilização da Posição Mãe Canguru**. Canoas: Editora da ULBRA, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 13. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

_____, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

_____, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de; CABRAL, Ivone Evangelista. O Cuidar de crianças egressas de terapia intensiva neonatal no espaço domiciliar: instrumentos mediadores das famílias. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n 3. Santa Catarina: UFSC, p. 452-458, 2004.

_____, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de. **O diálogo da enfermagem com as famílias de crianças egressas de terapia intensiva neonatal: desvendando o universo temático**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

MORAIS, Aisiane Cedraz; SOUZA, Ana Carolina Oliveira Meireles; TORRES, Ana Celi Souza Silva. **Atuação da equipe de enfermagem no fortalecimento do vínculo afetivo mãe - recém-nascido prematuro**. Monografia do curso de Especialização em Enfermagem Neonatológica. Salvador: Universidade Estadual da Bahia, Escola de Enfermagem, 2004.

MUSSI-PINHATA, Marisa Márcia; REGO, Maria A. C. Particularidades imunológicas do pré-termo extremo: um desafio para a prevenção da sepse hospitalar. **Jornal de Pediatria**, vol. 81, Suplemento 1. Rio de Janeiro: p. S59-S68, 2005. Disponível em: <http://www.jped.com.br>. Acesso em 10.03.07

NADER, Silvana Salgado; PEREIRA, Denise Neves e cols. **Atenção Integral ao Recém-nascido: guia de supervisão de saúde**. Porto Alegre: UNIFESP, 2004.

NAUFEL, Henrique George. Avaliação Física e Classificação. In: COSTA, Helenilce de Paula Fiod; MARBA, SérgioTadeu (Coordenadores). **O Recém-nascido de Muito Baixo Peso**. Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Atheneu, p. 61-72, 2004.

NASCIMENTO, Maria Beatriz R. do; ISSLER, Hugo. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, vol. 80, Suplemento 5. Rio de Janeiro: p. S163-S172, 2004. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br>. Acesso em 10.03.07

NÓBREGA, Fernando José de. **Vínculo Mãe / Filho**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2005.

OHL, Rosali Isabel Barduchi. A Utilização da Abordagem Qualitativa na Pesquisa em Enfermagem. In: MATHUES, Maria Clara Cassuli; FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**, 1º edição. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, p. 23-28, 2006.

OLIVEIRA, Nelson Diniz de. **Como o Brasil trabalha o método mãe canguru**. 2002. Disponível em: <http://www.metodocanguru.org.br>. Acesso em 06/11/2006.

OSHIRO, Celeste Gómez Sardinha; COSTA, Maria Teresa Zulline da. Apnéia da Prematuridade. In: COSTA, Helenilce de Paula Fiod; MARBA, SérgioTadeu e cols. **O Recém-nascido de Muito Baixo Peso**. Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Atheneu, p. 363-376, 2004.

PACHI, Paulo Roberto (organizador). **O pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, 2003.

PADOVANI, Flávia Helena Pereira e cols. Sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol 26, nº 4. São Paulo: Dez, 2004, p.251-254. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

PEDRO, K. S.; MARCON, S. S. Perfil e vivência dos cuidadores informais de doentes crônicos assistidos pelo NEPAAF - Núcleo de estudos, pesquisa, assistência e apoio à família. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Vol 6, No 0. Paraná: Universidade Estadual de Maringá, 2007. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

PEREIRA, Denise Zimpek T.; MIURA, Ernani; ALMEIDA, Isabel C. de Amaral; SQUEFF, Rosa Beatriz Santoro; CHEM, Vara Dolores Mainieri; MELLO, Vera Maria Homrich Perreira de. **Criando Crianças da concepção aos 6 anos**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003.

RAMALHÃO, Annie Betune; DUPAS, Giselle. Vivendo a ambivalência: o Significado da Vivência para os Pais de Neonatos Internados em Unidade de Tratamento Intensivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 16, nº 3. São Paulo: UNIFESP/EPM, p. 41-50, 2003.

RIBAS, Adriana F. Paes; MOURA, Maria Lucia Seidl de. Responsividade materna e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n.3. Porto Alegre, 2004.

ROCHA, Semiramis Melani Melo; SIMPIONATO, Érica; MELLO, Débora Falleiros de. Apego mãe-filho: Estudo comparativo entre mães de parto normal e mães de parto cesárea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), mar/abr, 2003.

RODRIGUES, Mônica Raggi; ALMEIDA, Rosimary Terezinha. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio – um estudo de caso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, nº 1. São Paulo: UNIFESP/EPM, p. 20-24, 2005.

ROSSI, Vilma Elenice Contatto. **Suporte Social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2**. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>

RUGOLO, Lígia Maria Suppo de Souza. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, vol. 81, Suplemento 1. Rio de Janeiro: p. S101-S110, 2005. Disponível em: <http://www.jped.com.br>. Acesso em 10.03.07

RUGOLO, Lígia Maria Suppo de Souza; FERLIN, Maria Lúcia Silveira. Displasia Broncopulmonar. In: Helenilce de Paula Fiod; MARBA, SérgioTadeu (Coordenadores). **O Recém-nascido de Muito baixo Peso**. Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Atheneu, p. 423-440, 2004.

RUGOLO, Lígia Maria Suppo de Souza. Follow-up do recém-nascido de Muito Baixo Peso. In: COSTA, Helenilce de Paula Fiod; MARBA, SérgioTadeu (Coordenadores). **O Recém-nascido de Muito baixo Peso**. Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Atheneu, p. 469- 477, 2004.

SANTOS, Amélia Miyashiro Nunes dos. Anemias. In: COSTA, Helenilce de Paula Fiod; MARBA, SérgioTadeu (Coordenadores). **O Recém-nascido de Muito Baixo Peso**. Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Atheneu, p. 261-278, 2004.

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan; KOKUDAY, Maria de Lourdes do Patrocínio; RIUL, Maria José Sartori; ROSSANEZ, Léa Silvia Sian; FONSECA, Luciana Mara Monti; LEITE, Adriana Moraes. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, jul./ago. 2003, vol.11, nº 4, p.539-543. Disponível em <http://www.scielo.br>

SENA, R. R. e cols. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enfermagem**, vol 11, nº 2. Paraná: UFPR, p. 124- 132, mai/ago, 2006.

SUCCI, Regina Célia de; FARHAT, Calil Kairala. Vaccination in special situations. **Jornal de Pediatria**, vol. 82, Suplemento 3. Rio de Janeiro: p. S91-S100, 2006. Disponível em: <http://www.jped.com.br>

TAVARES, Eduardo Carlos; RIBEIRO, José Geraldo; OLIVEIRA, Lorenza A. Imunização ativa e passiva no prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, vol. 81, Suplemento 1. Rio de Janeiro: p. S89-S94, 2005. Disponível em: <http://www.jped.com.br>

TOMA, Tereza Setsuko. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Caderno de Saúde Pública**, 19 (Sup. 2). Rio de Janeiro, 233-242, 2003.

TOPOROVSKI, Mauro Sérgio. Refluxo Gastroesofágico. In: PACHI, Paulo Roberto (organizador). **O pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, p. 411- 423, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; TSUNECHIRO, Maria Alice. Cuidar e conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 14, nº 1. Ribeirão Preto: Jan/fev, 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 Mai 2007.

VINAGRE, Roberto Diniz; DINIZ, Edna Maria de Albuquerque **O leite humano e sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; MARTINS, Marialda; PEREIRA, Karen Fabiana; ATHAYDE, Juliana. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 24 – 32. Goiás:Universidade Federal de Goiás, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini e cols. Vivenciando problemas de saúde em família: a implementação de uma proposta teórico-metodológica de cuidado. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Vol 6, No 0. Paraná:Universidade Estadual de Maringá, 2007. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2006.

WINNICOTT, Donald W. **Os bebês e suas mães**, 3º edição. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

ENTREVISTADO _____

Idade _____ Sexo _____

Religião _____ Estado Civil _____

Escolaridade _____

Profissão _____ Ocupação _____

Número de filhos _____ Renda Familiar _____

Grau de Parentesco com a criança _____

DADOS SOBRE A CRIANÇA

Idade Gestacional ao nascer _____ Idade Atual _____

Sexo _____

Peso ao nascer _____ Peso na alta _____

Tempo de Internamento: Berçário _____ MMC _____

Necessidades Especiais

Dieta _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA:

Como você cuida desta criança prematura em casa?

Como é cuidar desta criança?

Que fatores interferem neste cuidado?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós pesquisadoras, Aisiane Cedraz Morais e Marinalva Dias Quirino, viemos através desse termo convidar o (a) senhor(a) para participar de nossa pesquisa que tem como tema “O Cuidado Domiciliar à Criança Prematura”. Os objetivos do nosso estudo são 1. Conhecer o cuidado prestado à criança prematura no domicílio; 2. Identificar estratégias que possam facilitar o cuidado ao prematuro no domicílio e 3. Identificar estratégias que possam facilitar o cuidado ao prematuro no domicílio. Essa pesquisa é importante, pois pretende ampliar o conhecimento dos profissionais que estão inseridos na neonatologia, através do entendimento de aspectos inerentes ao cuidado do prematuro no seguimento após sua alta hospitalar, assim como permitir o (re)direcionamento das orientações aos pais e/ou familiares que prestarão cuidados ao prematuro em casa. Para tanto, pedimos que o(a) senhor(a) responda algumas perguntas relacionadas a esse tema, as quais serão gravadas, se nos autorizar e permita também a realização de observação no seu domicílio. Caso sinta-se incomodado(a), poderá desistir de continuar a entrevista ou mesmo se retirar do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de penalidade. Asseguramos que seu nome será mantido em segredo. As fitas com a entrevista serão guardadas durante cinco anos pelas pesquisadoras e após esse tempo, serão destruídas. Queremos esclarecer que sua participação se dará após a assinatura desse termo que também será assinado por nós pesquisadoras, em duas vias. Havendo qualquer dúvida nesse momento, durante ou após a entrevista poderá nos procurar através dos telefones abaixo.

Feira de Santana, _____ de _____ de _____.

Aisiane Cedraz Morais
(Pesquisadora responsável)

Marinalva Dias Quirino
(Pesquisadora participante)

Escola de Enfermagem/Universidade Federal da Bahia
Rua Augusto Viana, SN, Vale do Canela
Canela, Salvador, Bahia
CEP:40.110-160

Entrevistado

ANEXO A- Parecer de Aprovação do CEP UEFS

ANEXO B-Carta de Liberação do Hospital