UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem

FABIANE FERREIRA COUTO

Vivência materna no cuidado do recém-nascido
premature, no domicílio

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem
Obstétrica e Neonatal.

Orientadora: Profa. Dra. Neide de Souza Praça

São Paulo

2009

FABIANE FERREIRA COUTO

Vivência materna no cuidado do recém-nascido
premature, no domicílio

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem
Obstétrica e Neonatal.

Orientadora: Profa. Dra. Neide de Souza Praça

São Paulo

2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura _____ **Data:** __/__/__

Catlogação na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Couto, Fabiane Ferreira.

Vivência materna no cuidado do recém-nascido prematuro, no domicílio. / Fabiane Ferreira Couto. – São Paulo, 2009.

87 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Neide de Souza Praça.

1. Bebê prematuro 2. Cuidados domiciliares de saúde 3. Mães
4. Enfermagem em UTI neonatal. I. Título.

Nome: Fabiane Ferreira Couto

Título: Vivência materna no cuidado do recém-nascido prematuro, no domicílio.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovação em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof.: _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof.: _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

AGRADECIMENTOS

A Deus pela sua presença constante em minha vida.

A meus pais, meu companheiro Edson minha filha Luisa e a todos os membros da minha família, pelo incentivo e confiança constantes.

À Professora Dra. Neide de Souza Praça, pela seriedade, confiança e incentivo na condução deste trabalho.

Às mães dos recém-nascidos prematuros que compartilharam comigo seu convívio.

À Dra. Dulce Toledo Zanardi, Enf^a Lídia Beraldo e toda a equipe da Unidade Neonatal do Hospital Estadual de Sumaré, pela seriedade, disponibilidade e envolvimento que proporcionaram a condução deste trabalho.

A todos os meus amigos que, direta e indiretamente, me incentivaram no desfecho deste estudo.

À Profa. Maria do Socorro Senne pela revisão ortográfica deste estudo.

Couto FF. Vivência materna no cuidado do recém-nascido prematuro, no domicílio. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

Este estudo foi motivado pelas inquietações surgidas durante a experiência profissional da pesquisadora, no trabalho com recém-nascidos prematuros e seus familiares. Trata-se de pesquisa do tipo descritivo, com obtenção e tratamento de dados qualitativos, que teve como objetivo identificar a vivência da mãe de recém-nascido prematuro, egresso de Unidade Neonatal, e sobre o cuidado do bebê, no domicílio. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital Estadual de Sumaré, campo de estudo, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Foram entrevistadas 12 mães, no retorno ambulatorial do bebê prematuro, após aproximadamente 10 dias da alta da Unidade Neonatal. Os dados foram coletados, no período de julho a outubro de 2008, por meio de entrevistas e tratados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Fernando Lefèvre. Dos relatos obtidos, emergiram oito DSCs assim distribuídos: 1-Vivenciando o cuidado do prematuro; 2-Reproduzindo o que aprendeu na unidade neonatal; 3-Tentando atender às necessidades do prematuro; 4-Falando de aleitamento; 5-Recebendo ajuda dos familiares; 6-Expressando sentimentos de satisfação; 7-Citando a Cartilha da Unidade Neonatal e 8-Expressando dificuldade para cuidar do prematuro. Os resultados revelam a importância da Unidade Canguru que possibilita à mãe receber orientações contínuas sobre o cuidado do bebê prematuro, em Unidade Neonatal, de modo a habilitá-la para atender com segurança às demandas do filho, no domicílio. Outro dado de relevância é que as mães consultam a Cartilha de orientação oferecida pelo serviço, apenas diante de alguma dúvida sobre o cuidado a ser oferecido ao bebê prematuro, dispensando sua completa leitura. Os relatos revelam que as estratégias para a capacitação materna para o cuidado do prematuro devem ser adotadas pelas unidades neonatais desde a admissão do recém-nascido, de modo a proporcionar maior segurança no desenvolvimento de habilidades no cuidado do filho e para favorecer a criação do vínculo entre ambos.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Recém-nascido prematuro, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Couto FF. Maternal experience in caring for premature newborns at home. [thesis] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2009.

ABSTRACT

This study is the result of anxieties brought about the author's professional experience working with premature newborns and their families. This is a descriptive research, with gathering and treatment of qualitative data, aimed at identifying the experience of premature newborns' mothers released from Neonatal Units with regards to the baby's care at home. The project had approved of the Teaching and Research Commission of the Sumaré State Hospital, field of study, and the State University of Campinas' Committee of Ethics in Research. Twelve mothers were interviewed in the follow-up visits of premature babies approximately 10 days after release from the Neonatal Unit. Data were collected between July and October of 2008 through interviews and treated with the technique of the Discourse of the Collective Subject (DCS) proposed by Fernando Lefèvre. From the descriptions emerged 8 DCSs, grouped as follows: 1-Experiencing the care for the premature baby; 2-Reproducing what was learned in the Neonatal Unit; 3-Trying to fulfill the premature baby's needs; 4 – Speaking about breast feeding; 5-Being helped by family members; 6-Expressing feelings of satisfaction; 7-Quoting the Neonatal Unit's guide book; and 8-Expressing difficulty to care for the premature baby. The results reveal the importance of the Kangaroo Unit, which makes possible for mothers to receive continuous guidance regarding the care for premature babies in Neonatal Units so as to enable them to securely respond to their child's demands at home. Another relevant piece of information is that mothers check the guide book that the service gives them only if there's a doubt regarding the kind of care that should be given to the premature baby, rather than fully reading it. The narratives show that the strategies to build the capacity of mothers to care for premature babies should be adopted by neonatal units since the newborn is taken in, so as to provide more security in the development of abilities in the care for the child and to encourage the creation of ties between them.

Key words: Nursing Care; Infant; Neonatal Intensive care Unit

Couto FF. Vivencia materna en el cuidado del recién nacido prematuro, en el domicilio. [dissertação] São Paulo (SP): Escuela de Enfermería de La Universidad Sao Paulo; 2009.

RESUMEN

Este estudio fue motivado por las inquietudes surgidas durante la experiencia profesional de investigadora, en el trabajo con recién nacidos prematuros y sus familiares. Se trata de una investigación de tipo descriptiva, con obtención y procesamiento de datos cualitativos, que tuvo como objetivo identificar la vivencia de la madre del recién nacido prematuro que egresa de la Unidad Neonatal, sobre el cuidado del bebé en el domicilio. El proyecto fue aprobado por la Comisión de Enseñanza e Investigación del Hospital Estatal de Sumaré, campo de estudio, y por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP). Fueron entrevistadas 12 madres, en el control ambulatorio del bebé prematuro, después de aproximadamente 10 días de alta de la Unidad Neonatal. Los datos fueron recolectados en el período de julio a octubre de 2008 por medio de entrevistas y tratados por la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) propuesto por Fernando Lefèvre. De los relatos obtenidos surgieron 8 DSC así distribuidos: 1- Vivenciando el cuidado del prematuro; 2- Reproduciendo lo que aprendió en la Unidad Neonatal; 3- Procurando atender las necesidades del prematuro; 4- Hablando de amamantación; 5- Recibiendo ayuda de los familiares; 6- Expresando sentimientos de satisfacción; 7- Mencionando la cartilla de la Unidad Neonatal y; 8- Expresando dificultad para cuidar del prematuro. Los resultados revelan la importancia de la Unidad Canguro que posibilita a la madre, recibir orientaciones continuas sobre el cuidado del bebé prematuro en Unidad Neonatal, de modo a habilitarla para atender con seguridad las demandas del hijo, en el domicilio. Otro dato relevante es que las madres consultan la Cartilla de Orientación ofrecida por el Servicio apenas frente a alguna duda sobre el cuidado a ser brindado al bebé prematuro, excusando su lectura completa. Los relatos revelan que las estrategias para la capacitación materna para el cuidado del prematuro deben ser adoptadas por las unidades neonatales desde la admisión del recién nacido, de manera que proporcionen mayor seguridad en el desarrollo de habilidades en el cuidado del hijo y favorezcan la generación de vínculo entre ambos.

Palabras- clave: Atención de Enfermería; Prematuro; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	8
2	INTRODUZINDO O TEMA	10
	2.1 O Cuidador e o recém-nascido prematuro	14
	2.2 Alta hospitalar do prematuro	17
3	OBJETIVO	21
4	MÉTODO	22
	4.1 Tipo de Estudo	22
	4.2 Local	22
	4.3 Participantes	27
	4.3.1 Critérios para inclusão	28
	4.4 Coleta de Dados	28
	4.4.1 Procedimento	28
	4.4.2 Instrumento	29
5	TRATAMENTO DOS DADOS	31
	5.1 Pré-Teste	32
	5.2 Princípios Éticos	32
6	RESULTADOS E A DISCUSSÃO	34
	6.1 Caracterização dos Participantes	34
	6.1.1 Dados Maternos	34
	6.1.2 Dados relacionados ao bebê prematuro	36
	6.2 Vivência da mãe no cuidado do bebê prematuro no domicílio	40
7	Conclusão	66
8	Considerações Finais	69
	Referências	72
	Apêndices	76
	Anexos	79

1 APRESENTAÇÃO

Como apresentação deste estudo, julgamos importante relatar as situações que nos motivaram a realizá-lo.

Em 1999, iniciamos nossa trajetória profissional atuando em um hospital de grande porte na cidade de Recife, PE. Concomitante a esta experiência de trabalho, surgiu a oportunidade de ingressar em um programa de Residência em Enfermagem, o que deu outra perspectiva ao desenvolvimento profissional. Na época, o programa de Residência, no primeiro ano do ingresso, tinha a proposta de promover um rodízio do aluno pelas várias especialidades médicas. O segundo e último ano destinavam-se à especialidade escolhida pelo aluno. Dúvidas, quanto à melhor escolha, fizeram-se presentes, uma vez que nos identificávamos no trabalho com as crianças e com seus familiares, porém o mercado profissional tinha nos aberto portas diferentes: o trabalho com o paciente adulto.

Ao concluirmos o primeiro ano da Residência, optamos pela área com a qual mais nos identificávamos: a criança em Unidade Neonatal e suas peculiaridades. Após o término da experiência clínica da Residência, tivemos a oportunidade de trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital universitário na cidade de Recife. Concomitante a esta nova função, ingressamos também na Universidade como professor substituto, desempenhando atividades de ensino na área materno-infantil por seis meses. Terminado esse período, retornamos às atividades assistenciais, porém em outras áreas de atuação.

Em 2003, afastamo-nos de nossa cidade natal e continuamos nossa trajetória em Campinas, SP. A identificação e o desejo de trabalhar com recém-nascido prematuro tornou-se um objetivo que almejávamos alcançar, porém, nesta nova cidade, iniciamos atuando com crianças portadoras de câncer e seus acompanhantes. Esta experiência levou-nos a perceber que a assistência ao paciente estendia-se não somente a este, mas aos seus cuidadores, na maioria das vezes representados pelos familiares e que sua adesão ao tratamento era a chave para auxiliar na recuperação do doente.

Em curto espaço de tempo, surgiu a oportunidade de trabalhar em unidade neonatal. Esta unidade tinha uma dinâmica diferente da que havíamos trabalhado anteriormente: era maior e mais bem equipada. Os enfermeiros tinham destacado papel assistencial.

Vale ressaltar que o cuidado fora do ambiente hospitalar do recém-nascido prematuro sempre foi objeto de nossa preocupação, uma vez que acreditávamos que todo investimento tecnológico no ambiente hospitalar teria de ter sentido para uma assistência no domicílio. Acreditamos que o cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro deve ser foco de atenção do profissional para a continuidade segura da assistência extra-hospitalar.

Esta preocupação levou-nos a buscar, na literatura, trabalhos desenvolvidos no âmbito da alta hospitalar do recém-nascido, o que mostrou que existiam estudos que abordavam intervenções já realizadas no ambiente hospitalar, junto com a equipe de profissionais e os pais. Outros estudos, porém, identificavam as dificuldades mais frequentes relatadas pelos pais e verificadas, durante o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio.

Diante da constatação de diferenças entre as publicações encontradas e nossa vivência profissional em unidades de atenção neonatal, passamos a questionar como seria a vivência no domicílio, dos pais de recém-nascidos prematuros para prestar-lhes cuidados. Nossa dúvida residia na questão sobre como agem as mães, no domicílio, após vivenciar um período com o recém-nascido prematuro que ficou internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Diante dessa preocupação, buscamos desenvolver este estudo para identificar situações vivenciadas pelos pais ao cuidarem, em domicílio, do recém-nascido egresso de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Consideramos as particularidades e as necessidades de atenção do familiar diante de demandas de cuidado que deveriam ser atendidas distante de recursos tecnológicos e da assistência de profissionais especializados.

2 INTRODUZINDO O TEMA

Recém-nascido prematuro é aquele nascido antes de completar 37 semanas de gestação (Pursley, Clohert, 2000). A prematuridade constitui importante causa básica ou associada da mortalidade perinatal, neonatal e infantil. O risco de morbimortalidade é tanto maior quanto menor a idade gestacional e o peso de nascimento, havendo riscos na adaptação à vida extrauterina, devido à imaturidade dos órgãos e sistemas (Brasil, 2002).

No Brasil, assim como em outros países, verificamos que, no final da década de 1990, houve significativo aumento nas taxas de sobrevivência de prematuros, com diferenças importantes por faixa de peso. Estudo de Rugolo (2005) mostra que a sobrevivência dos prematuros é uma realidade, embora, no país, ainda necessite ser melhorada, uma vez que as implicações sobre a qualidade de vida destes pequenos pacientes devem ser constantemente reavaliadas.

Os avanços científicos e tecnológicos, das últimas décadas, têm contribuído para melhoria na assistência à saúde obstétrica e neonatal. A introdução de novas intervenções, nos berçários de alto risco, trouxe benefícios para a sobrevivência de prematuros de extremo baixo peso, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (Rugolo, 2005).

Aliada aos recursos tecnológicos está a necessária e constante atualização dos profissionais que atuam com o recém-nascido prematuro, de modo a atender à demanda crescente por necessidades que surgem na prática cotidiana. Porém, devemos considerar que a evolução dessas crianças requer acompanhamento que assegure aos pais e aos familiares prestar cuidados que favoreçam adequado crescimento e desenvolvimento. Desde nossa primeira atuação em unidade neonatal, acreditamos que a assistência prestada pelos profissionais deve considerar não somente o ambiente hospitalar, mas atender às necessidades que poderão surgir no domicílio.

Vale considerar que as tecnologias incorporadas na assistência hospitalar podem, em algumas situações, transformar o recém-nascido em objeto de cuidados do profissional e seus pais em meros observadores. Devido a este fato, faz-se necessário que, paralelamente, ao desenvolvimento tecnológico, seja promovida assistência que reconheça o recém-nascido enquanto sujeito, com individualidades, mantendo relações com seu cenário social (Lamy, Gomes, Carvalho, 1997).

A atenção desenvolvida ao recém-nascido prematuro, pelos pais, deve ser direcionada tanto em um contexto integral, abrangendo os cuidados corporais, de alimentação e de administração de medicamentos, dentre outros, como no contexto que promova a interação destes pais com os seus bebês, proporcionando-lhes melhor estabelecimento do vínculo entre ambos.

Concordamos com Scochi et al.(2003) que enfatizam que maior enfoque na assistência aos pais e a participação da família nos cuidados hospitalares dos bebês prematuros têm sido prioridade nos serviços de neonatologia. Como profissional com atuação junto ao recém-nascido prematuro, observamos a crescente preocupação do profissional em relação à interação dos cuidadores, principalmente os pais, com seus bebês, iniciada no ambiente hospitalar.

Dessa forma, é necessário que o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) seja receptivo e acolhedor, tanto para o bebê como para os pais. Um ambiente pouco receptivo e hostil pode inibir os comportamentos espontâneos destes e dificultar a ligação afetiva com a criança. A intensidade desta vinculação reflete o grau de envolvimento dos pais com seu bebê (Brasil, 2002).

A mesma situação também é discutida por Gomes (1999: 111) quando afirma que:

A família vive a tensão entre a aproximação e o distanciamento da criança devido à doença, à possibilidade de terminalidade, o estar no mundo da UTIN com suas normas e rotinas, o relacionamento com a equipe de saúde, conflitos familiares e as dificuldades de diferentes ordens para estar com o filho.

Como área de atenção, a enfermagem reconhece a importância da família na promoção e na manutenção da saúde. Nas últimas décadas, vem buscando recriar e redescobrir como a família pode ser envolvida nas práticas de enfermagem direcionadas ao cuidado de seus filhos internados (Bousso, Ângelo, 2001).

Sob esse aspecto, Martínez, Fonseca e Scochi (2007) realizaram estudo com o objetivo de identificar e analisar os significados atribuídos pela

equipe de saúde ao cuidado do prematuro hospitalizado em um hospital público em San Luis Potosí, no México. Como conclusão, reforçaram que a participação dos pais possibilita sua interação com os bebês prematuros e o estabelecimento de vínculo afetivo entre ambos, bem como favorece o treinamento para a alta hospitalar.

Ainda segundo os mesmos autores, as maternidades necessitam implantar programas de educação permanente da equipe de atenção neonatal com a inclusão de conteúdos sobre o cuidado centrado no desenvolvimento, no apego e no vínculo afetivo entre mãe-filho e família, no relacionamento interpessoal e no acolhimento da clientela e, dentre outros, no uso de técnicas educativas para otimizar o treinamento da mãe e da família do prematuro, com vistas ao cuidado domiciliar (Martínez, Fonseca, Scochi, 2007).

Gomes (1999: 113) ressalta que:

É preciso olhar a família, desde o primeiro encontro até a definição da intervenção e avaliação de enfermagem, e reforça que os cursos de graduação em enfermagem devem implementar na sua estrutura de formação a abordagem do profissional com a família.

Cabe destacar a importância da renovação dos profissionais de saúde no seu contexto de atuação, pois, em um novo e mais amplo conceito de saúde materno-infantil, o ato de cuidar e de curar não é atividade exclusiva dos profissionais da saúde, mas inclui a coparticipação daquele que é tratado e curado, neste caso os pais de um prematuro (Fonseca, Scochi, Mello, 2002).

Os pais de recém-nascidos prematuros constituem uma população de risco, por apresentarem dificuldades para cuidar do filho, requerendo apoio durante a internação e na alta hospitalar (Scochi et al., 2003).

Concordamos que as alternativas de apoio aos cuidadores das crianças prematuras devem ser implementadas, inicialmente, ainda no âmbito hospitalar, pelos profissionais envolvidos no cuidado e, posteriormente, em seguimento nas unidades de suporte assistencial.

Entendemos que este momento de transição é um momento crítico, sendo necessário reforçar a importância de reflexão sobre as práticas e orientações desenvolvidas nas UTINs, para que as mesmas possam ser seguidas, quando o recém-nascido prematuro estiver no domicílio sob os cuidados de seus familiares.

Acreditamos na importância de intensificar esforços de orientações, para que os cuidadores do recém-nascido prematuro desempenhem papéis tanto no hospital, durante a internação, quanto no domicílio, após a alta hospitalar, obtidos por meio de propostas concretas defendidas pelas instituições e pelos profissionais das unidades de internação hospitalar.

Estratégias de educação dos pais podem ser implementadas, a partir do planejamento de alta. Realçamos a necessidade de envolvimento dos pais no cuidado do recém-nascido desde a admissão na unidade neonatal, para que possam adquirir habilidades para continuidade do cuidado do filho no domicílio (Martínez, Fonseca, Scochi, 2007).

Tendo essa meta como norte, a seguir, com base na literatura, discorreremos sobre aspectos pertinentes ao cuidador do recém-nascido prematuro.

2.1 O CUIDADOR E O RECÉM-NASCIDO PREMATURO

As unidades de cuidados neonatais foram criadas com o objetivo de prestar assistência integral ao recém-nascido, abrangendo suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais (Pizzato, Da Poian, 1985). Além disso, a assistência neonatal vem buscando a informação dos pais sobre as necessidades da criança, com o intuito de desenvolver suas habilidades de forma a proporcionar-lhes autoconfiança e segurança nos cuidados do filho, dentro e fora do ambiente hospitalar.

Na década passada, Melo (1999) afirmava que a literatura nacional e internacional demonstrava a crise que um nascimento prematuro provoca na família, gerando sentimentos como frustração, tristeza, medo e culpa. Tais respostas frente à crise devem ser consideradas, no decorrer da hospitalização, para que se possa propor ao cuidador estratégias de um melhor enfrentamento da situação, bem como o desempenho de seu papel, afirmação atual nos correntes dias.

Melo (1999) faz uma abordagem sobre suporte para mães de recém-nascidos prematuros sob cuidado intensivo neonatal e aponta dois tipos de fonte de recursos de ajuda social. O primeiro deles diz respeito ao apoio formal, que é a ajuda dada por profissionais. Enquanto que o segundo tipo refere-se ao apoio informal, que é provido pela família, por amigos e por vizinhos.

Sob esse aspecto, Feliciano (1999), em estudo realizado no município de São Carlos, SP, reforça que a principal fonte de suporte social eleita pelas mães de recém-nascidos prematuros que receberam alta hospitalar é a rede de apoio informal, utilizada para oferecer ajuda e conselhos no cuidado domiciliar.

No âmbito formal - contexto hospitalar -, para atender à necessidade de desenvolver melhor relação entre família e recém-nascido prematuro, vêm sendo implementados programas com intervenções que auxiliam os pais no cotidiano com seu recém-nascido. Podemos citar os programas com práticas relativas à saúde como o Método Mãe-Canguru, ou Contato pele a pele mãe-recém-nascido prematuro.

O Método Mãe-Canguru surgiu em Bogotá, na Colômbia, na década de 1970, e era destinado a favorecer a alta precoce do recém-nascido prematuro de baixo peso, evitando a situação crítica de falta de incubadoras, as infecções cruzadas, a ausência de recursos tecnológicos, o desmame precoce, as altas taxas de mortalidade neonatal e o abandono materno. Atualmente, a disseminação desta proposta visa à alta precoce, bem como ao incentivo ao contato pele a pele e à manutenção do recém-nascido na posição vertical (Venâncio, 2004).

Gomes (1999) confirma a necessidade de estratégias de intervenção simplificadas aos pais que têm o recém-nascido internado em uma unidade de risco. O Método Mãe-Canguru, que objetiva a humanização da assistência oferecida ao recém-nascido prematuro e sua família, envolve práticas que podem contemplar a afetividade, a integralidade do cuidado e o incentivo ao aleitamento materno. Entendemos que todo o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal deve proporcionar aos familiares uma estrutura propícia à vinculação entre família e recém-nascido, incentivando maior habilidade desta para o desenvolvimento do cuidado do recém-nascido prematuro.

Por outro lado, julgamos necessário o reforço de alguns cuidados do recém-nascido prematuro que devem ser intensificados na orientação aos pais, durante a internação, uma vez que podem demandar repercussões no desenvolvimento e na adaptação do recém-nascido no ambiente domiciliar. Uma das principais orientações a serem oferecidas aos pais relaciona-se ao aleitamento, uma vez que esta prática sofre influência da opinião da rede informal de apoio, com predomínio dos familiares (Barreira, Machado, 2004).

Os mesmos autores propõem um conjunto de elementos que confluem para a decisão de amamentar e que, a partir do conhecimento da existência desses elementos e de sua dinâmica, poderiam auxiliar os pais para uma maior efetivação de ações voltadas ao incentivo da amamentação (Barreira, Machado, 2004). Observamos em nossa experiência assistencial a dificuldade real de estabelecer a prática de amamentação entre as mães e estes bebês prematuros, porém entendemos a importância de assegurar à mãe informação sobre a necessidade e importância deste cuidado.

Mccourt, Griffin (2000) ressaltam outro ponto importante, ao mostrar que as estruturas familiares estão mudando, assim, é essencial que as enfermeiras identifiquem o principal cuidador - a mãe, o pai ou outro familiar -, para que este seja orientado, desde o início da internação do recém-nascido prematuro na Unidade Neonatal até a alta hospitalar.

No cotidiano de trabalho em UTIN, verificamos que as mães sentem-se apreensivas e ansiosas à medida que se aproxima o momento da alta do filho, uma vez que têm muitas preocupações e inseguranças voltadas aos

cuidados da criança. Desta forma, concordamos com Mccourt, Griffin (2000) quando afirmam que os profissionais de saúde devem capacitar as mães de recém-nascidos prematuros para o desenvolvimento de suas habilidades nos cuidados voltados a estes, tanto no hospital quanto, posteriormente, no domicílio.

A preocupação pela escolha da mãe como principal agente do cuidado está em considerar suas relações sociais como preditores da atenção do cuidado, uma vez que podem influenciar no desenvolvimento do cuidado prestado ao bebê no domicílio.

Lopes, Mota e Coelho (2007) reforçam que, nas práticas voltadas ao cuidado com os membros da família, a mulher, historicamente, é responsável por esta função, sendo encarregada de desenvolvê-las e de fornecer as informações para a continuidade da assistência, no âmbito da instituição de saúde.

Em anos passados, a mãe era excluída da assistência em berçários de alto risco, porém, atualmente, ela é também sujeito e aliada no processo de assistência, sendo permitida sua permanência por mais tempo junto ao recém-nascido prematuro, além de participação no seu cuidado. Reforçamos a posição citada anteriormente e concordamos com Fonseca (2002) que acredita que o treinamento da mãe para o cuidado domiciliar do recém-nascido deve se dar durante toda a internação do prematuro, procurando-se desenvolver habilidades e a aquisição de conhecimentos específicos para esses cuidados. Assim, este treinamento deve ser contínuo e planejado desde o momento da internação do bebê na Unidade Neonatal, priorizando as necessidades deste e de seus pais.

Para a capacitação materna para o cuidado do recém-nascido prematuro, faz-se necessário observar que as mães devem ser instruídas apropriadamente, permitindo-se tempo suficiente para que assimilem as informações e desempenhem de forma confiante e segura os cuidados, desde aqueles mais complexos como a manipulação de sondas até os cuidados mais rotineiros como a alimentação, a higiene e o conforto do recém-nascido, conforme as demandas de seu filho. A efetividade destas orientações terá sucesso quando despertar nos profissionais da Unidade Neonatal a preocupação quanto à necessidade de uma boa interação com a família (Brasil, 2002).

2.2 ALTA HOSPITALAR DO PREMATURO

Conforme dito anteriormente, a preparação dos familiares para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro deve iniciar-se na sua admissão na Unidade Neonatal. O apoio e as orientações oferecidos aos pais, durante o período de internação do neonato, são essenciais para auxiliar na amenização de seus sentimentos de preocupação, o que favorece maior envolvimento com o recém-nascido, o estabelecimento de vínculo e o melhor desempenho dos papéis familiares. Tais fatores favorecem as melhores respostas do recém-nascido ao tratamento (Mccourt, Griffin, 2000).

Como vimos, com o decorrer dos anos, muito tem sido feito para melhorar a assistência ao recém-nascido prematuro. Houve crescente implementação de estratégias hospitalares, com o intuito de promover crescimento e desenvolvimento adequados destes pequenos pacientes.

Em paralelo, observamos crescente preocupação na atenção voltada à família, direcionada à adaptação ao ambiente hospitalar e ao preparo para a alta planejada.

Em especial, em alguns centros hospitalares de países desenvolvidos, a alta hospitalar do prematuro ocorre precocemente, porém seu planejamento só é possível devido à rede de apoio existente, que integra profissionais qualificados e estrutura tecnológica apropriada (Scherf, Reid, 2006).

A realidade que observamos, no país, revela carência de redes de apoio formal, constituídas pelos serviços de saúde para o atendimento desta parcela de risco da população, caracterizada, muitas vezes, por crianças que necessitam de acompanhamento contínuo em serviços especializados.

Scherf, Reid (2006) enfatizam o papel do profissional de enfermagem como mediador, tanto entre os pais e os outros profissionais de saúde como no momento da transição hospitalar para o domicílio. Revelam, também, a importância das orientações fornecidas pelos profissionais para a continuidade, no domicílio, como forma de extensão dos cuidados iniciados no ambiente hospitalar.

A mudança do espaço hospitalar para o ambiente domiciliar implica em alteração efetiva no modelo de atenção desenvolvido pelo cuidador, pois o território domiciliar pertence ao indivíduo e à família que têm dinâmica própria e que lhes é peculiar (Püschel, 2003).

Fonseca (2002), em estudo realizado em Ribeirão Preto, SP, sobre orientações de mães de recém-nascidos prematuros para a alta hospitalar, propõe a implementação de uma cartilha educativa para ser usada no domicílio, como fonte de apoio, e valoriza, também, outras alternativas de orientações para o cuidado do recém-nascido prematuro.

As estratégias adotadas pelos serviços nos revelam a valorização do tema voltado ao cuidado domiciliar e à alta do prematuro. Cada serviço desenha modalidades de assistência que atendem às necessidades de sua clientela, com um único propósito: assegurar o desenvolvimento e o crescimento satisfatório do recém-nascido prematuro fora do ambiente hospitalar.

Ao valorizar essas abordagens, compreendemos a necessidade de os profissionais elaborarem estratégias que capacitem o cuidador do recém-nascido prematuro para uma realidade concreta, fora do ambiente hospitalar, ou seja aquela vivenciada no domicílio.

Diante do exposto, acreditamos que o apoio e as orientações oferecidos à mãe, durante o período de internação do neonato prematuro, sejam facilitadores no estabelecimento de melhor relação entre a família e o recém-nascido, no domicílio.

Na revisão de literatura, encontramos a preocupação constante dos autores sobre a necessidade de orientações para o preparo da mãe no cuidado do bebê pós-alta hospitalar, seja por meio de instrumentos como cartilhas, seja por jogos educativos (Fonseca, 2002) e ainda por meio de iniciativas inovadoras no Brasil, como a internação domiciliar no Programa de Internação Domiciliar Neonatal (Lopes, Mota, Coelho, 2007). Porém, estudo realizado por Feliciano (1999), no município de São Carlos, SP, aponta para o reconhecimento de dificuldades, no cuidado domiciliar, relacionadas ao manuseio durante o banho e à troca de roupas, à alimentação do prematuro, aos problemas de adaptação da criança ao ambiente familiar e à dificuldade no acesso às consultas com especialistas.

Paralelamente aos achados da literatura, nosso trabalho como enfermeira assistencial em Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva Neonatal, levou-nos a verificar, na proximidade da alta, que os pais e outros familiares relatavam sentimentos como ansiedade, insegurança e medo relacionados aos cuidados a serem dispensados ao recém-nascido prematuro, no domicílio. Ainda que dentre eles, também, fossem evidenciados sentimentos de felicidade, relacionados à alta hospitalar.

As fragilidades próprias do recém-nascido prematuro apontadas e a proximidade da alta hospitalar apresentaram-se como inquietação para esta pesquisadora, motivando-nos a realizar este estudo, considerando que, após a fase de internação do prematuro e o restabelecimento de sua condição clínica, a alta hospitalar mostra-se como importante momento de preparação para seu convívio, no domicílio, com os pais/família, mas também é um importante “preditor” para avaliação de condições que poderão interferir no seu desenvolvimento saudável.

Conforme a literatura consultada e segundo nossa observação empírica, constatamos que as Unidades Neonatais procuram orientar o

familiar cuidador quando da alta hospitalar do recém-nascido prematuro, de modo a favorecer o cuidado que este deve receber no domicílio.

Diante dessas considerações, o presente estudo se propõe a responder à seguinte questão:

A mãe de recém-nascido prematuro egresso de Unidade Neonatal presta cuidados ao filho, no domicílio, segundo orientações recebidas de profissionais do serviço?

Para responder a esta pergunta, traçamos o objetivo descrito a seguir.

3 OBJETIVO

Identificar a vivência da mãe de recém-nascido prematuro egresso de Unidade Neonatal, sobre o cuidado do bebê, no domicílio.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo descritivo com obtenção e tratamento de dados qualitativos.

4.2 LOCAL

Este estudo foi realizado no Hospital Estadual de Sumaré, situado no município de Sumaré, SP, localizado na região de Campinas, a 115 km do município de São Paulo. Trata-se de hospital da rede estadual, administrado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e mantido com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O município de Sumaré localiza-se na região leste do Estado de São Paulo, e está dividido em seis distritos: Distrito-sede, Jardim Dall'Orto, Picerno, Maria Antônia, Área Cura e Matão.

O Hospital Estadual de Sumaré é referência para os citados distritos e cidades próximas, como Americana, Hortolândia, Monte Mor, Nova Odessa e Santa Bárbara D'Oeste. Atende às especialidades de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Recebe, em campo clínico, estagiários dos cursos de enfermagem e de medicina, bem como residentes da área médica.

Dentre suas especialidades clínicas, o serviço de neonatologia localiza-se no segundo andar da planta física do hospital e é composto pela Unidade Neonatal que compreende a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a Unidade Semi-Intensiva e a Unidade Canguru.

A Unidade Neonatal atende a recém-nascidos procedentes do serviço de obstetrícia do próprio hospital e das microrregiões descritas anteriormente, além de bebês encaminhados pela central reguladora de vagas, independente da cidade de procedência.

A Unidade Neonatal tem seus leitos distribuídos da seguinte maneira: 10 leitos específicos na área de terapia intensiva, 12 leitos da área de terapia semi-intensiva e 02 leitos, para as mães, que correspondem à Unidade Canguru. A taxa de ocupação mensal compreende 100% para os leitos de terapia intensiva e 70% para a unidade semi-intensiva.

A Unidade Neonatal é composta por uma equipe multiprofissional, constituída por pessoal de enfermagem e médico, por assistente social, psicólogo e fonoaudiólogo. O Serviço de Enfermagem é constituído por oito enfermeiros e 48 técnicos de enfermagem distribuídos da seguinte forma: dois enfermeiros escalados no período da manhã, sendo um deles supervisor; dois enfermeiros nos períodos da tarde e da noite, e doze técnicos de enfermagem distribuídos por plantão de doze horas.

A Unidade Neonatal conta, também, com um grupo de apoio para os familiares dos recém-nascidos internados na unidade, denominado “grupo de apoio aos pais acompanhantes” (GAPA), cujas reuniões acontecem semanalmente às quartas-feiras, no período da manhã, e conta com a participação de uma enfermeira docente da Universidade Estadual de Campinas e uma psicóloga do serviço. As reuniões iniciam-se com a abordagem das mães quanto às condições dos filhos internados, e, em seguida, são abordados temas relacionados aos cuidados com o recém-nascido durante a hospitalização, a importância da amamentação, e são discutidos outros assuntos que emergirem como demandas dos participantes.

Vale acrescentar que este hospital atua como Hospital Amigo da Criança e suas ações são voltadas à implementação de medidas que atendam a esta condição.

Por considerarmos que a Unidade Canguru é um diferencial do hospital, campo do estudo, a seguir faremos um breve destaque sobre a mesma.

UNIDADE CANGURU

A Unidade Canguru é utilizada por mães que têm os recém-nascidos internados na Unidade Semi-Intensiva e que estão próximos da alta hospitalar. Situa-se em local externo à área física das outras duas unidades que compõem a Unidade Neonatal, porém próximo a elas. Durante o período em que está na Unidade Canguru, a mãe pode realizar cuidados integrais ao recém-nascido que se encontra no interior da Unidade Semi-Intensiva. Esta estrutura tem como objetivo favorecer o processo de alta hospitalar.

Na unidade, a mãe recebe orientações sobre o cuidado do filho, relacionadas à higiene, à troca de roupas e de fraldas, à alimentação, à administração de medicações, bem como sobre cuidados específicos demandados durante o período de hospitalização do mesmo. Essas orientações são fornecidas progressivamente à mãe, pelos profissionais de enfermagem que prestam assistência aos recém-nascidos internados na Unidade Semi-Intensiva.

Vale acrescentar que o enfoque desta unidade não é o favorecimento contínuo do contato pele a pele entre mãe-bebê prematuro.

Devido à estrutura de ventilação inadequada de sua planta física, o recém-nascido não permanece junto à mãe neste local, devendo esta se dirigir às salas de cuidado semi-intensivo, nos horários de alimentação, de administração de medicamentos e de cuidados com o bebê. Os cuidados são, então, prestados pela mãe, sob supervisão e orientação de um profissional de enfermagem lotado no setor.

O PREPARO PARA ALTA HOSPITALAR

O preparo para a alta hospitalar é um processo contínuo dos profissionais envolvidos na assistência do prematuro na Unidade Neonatal. Seu início ocorre quando o recém-nascido encontra-se internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e depende das condições e das necessidades do bebê, intensificando-se, posteriormente, na Unidade Semi-Intensiva. As orientações são oferecidas ao cuidador do recém-nascido, diariamente, pela enfermagem. O alvo, geralmente, é a mãe. As intervenções de cuidados do recém-nascido, direcionadas ao familiar, incluem a facilitação do vínculo, com incentivo ao toque e à amamentação, bem como demonstrações sobre cuidados com a pele do bebê.

Na proposta de programação de alta hospitalar, o serviço utiliza critérios de avaliação do recém-nascido prematuro para o planejamento da mesma. Estes critérios são descritos no protocolo assistencial da Unidade Neonatal e incluem: estabilidade clínica, manutenção da temperatura corporal, peso em torno de 1800 gramas com curva em ascensão, possibilidade de cuidados domiciliares adequados, e recursos financeiros mínimos para manutenção de cuidados exigidos pelo recém-nascido.

Vale acrescentar que, durante o processo de alta do recém-nascido, há uma fase de transição entre a saída da Unidade Semi-Intensiva e o domicílio, momento em que é disponibilizada à mãe a estrutura da Unidade Canguru e da Casa de Apoio. Esta compreende uma unidade de alojamento

temporário cedido pelo hospital, para que pacientes que já se encontram de alta hospitalar e não têm possibilidade de retornar ao hospital para tratamento em curto espaço de tempo, possam permanecer. Desta forma, a Casa de Apoio atende à demanda de toda a instituição, sem priorizar qualquer clínica para ocupação das vagas.

A mãe de recém-nascido prematuro, eventualmente, permanece na Casa de Apoio, quando não há vagas disponíveis na Unidade Canguru. Lembramos que esta dispõe de apenas dois leitos. A permanência materna corresponde à fase de treinamento para capacitação no cuidado do bebê pós-alta hospitalar. Cabe acrescentar que, na Casa de Apoio, não são oferecidas orientações à mãe quanto ao cuidado com o prematuro, uma vez que estas são realizadas, apenas, na Unidade Semi-Intensiva onde o recém-nascido encontra-se internado.

Ainda que diante da possibilidade de permanência da mãe, tanto na Casa de Apoio quanto na Unidade Canguru, quando da proximidade da alta, nem sempre a mãe ocupa estes espaços, uma vez que muitas delas não podem permanecer no contexto hospitalar devido a necessidades pessoais, como cuidar de outros filhos que exigem sua atenção e que foram deixados na residência. A importância da permanência materna nestas unidades, principalmente na Unidade Canguru, é entendida como um momento em que a mãe pode dedicar os cuidados do recém-nascido prematuro em período integral, fortalecendo, assim, sua capacitação e vínculo entre ambos.

Durante esse período de preparação para a alta, além dos cuidados com as trocas de roupas do recém-nascido prematuro, e da atenção ao horário de sua amamentação, a mãe também é orientada quanto ao preparo e administração das medicações, nos casos em que o filho necessite recebê-las no domicílio. Conforme o protocolo hospitalar, as prescrições de tratamentos a serem realizadas no domicílio devem ser feitas antecipadamente e entregues aos pais antes da alta hospitalar, de modo a permitir tempo para obtenção da medicação e treinamento para a administração das mesmas no lar. Assim, as dúvidas maternas são previamente esclarecidas, e a alta do recém-nascido prematuro é estabelecida quando os critérios anteriormente descritos são atendidos, e,

em geral, observamos satisfatória compreensão da mãe ao realizar os procedimentos que lhe foram orientados.

Ao acompanhar um momento de orientação para alta do bebê prematuro da Unidade Neonatal, observamos que, inicialmente, a orientação cabe ao médico que assiste o recém-nascido, e que fornece as orientações registradas no relatório de alta da instituição, e que corresponde às condições de nascimento e às intervenções a que o recém-nascido foi submetido durante o período de internação. Constam, também, dosagens, horários e finalidades das medicações que foram prescritas para uso durante este período e que serão utilizadas após a alta hospitalar. Além deste conteúdo encontramos, no relatório de alta hospitalar, as informações relacionadas ao seguimento do recém-nascido prematuro para a vacinação e interconsultas nos ambulatórios de especialidades.

Durante a observação, verificamos que a enfermeira da Unidade Neonatal, também, participa do evento. Após a conclusão das orientações, apresentadas pelo médico, coube a esta profissional reforçar e acrescentar outros temas contidos em uma cartilha de orientações, construída pela enfermagem do serviço e distribuída à mãe de recém-nascido prematuro.

A citada cartilha (**Anexo A**) compreende orientações sobre o cuidado com a alimentação do recém-nascido e diante da ocorrência de cólicas; bem como orienta sobre questões relacionadas à estimulação para o crescimento e o desenvolvimento, à higiene oronasal e do coto umbilical, à higiene corporal, à troca de fraldas, aos cuidados com as roupas, ao banho de sol e ao acompanhamento para a vacinação.

Na dependência do peso de alta hospitalar do recém-nascido prematuro, a mãe é orientada para o retorno para avaliação do ganho de peso, na Unidade Neonatal, após 72 horas da alta hospitalar. No momento deste retorno programado, os profissionais de enfermagem da Unidade Semi-Intensiva mensuram o peso do bebê e informam a equipe médica sobre qualquer alteração existente que comprometa o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido prematuro.

Dessa maneira, foi possível verificar o envolvimento dos profissionais de enfermagem e o médico, no preparo para a alta do recém-nascido

premature e de seu cuidador – a mãe -, na instituição campo do estudo, com vistas ao autocuidado no domicílio.

4.3 PARTICIPANTES

Como participantes do estudo, tivemos 12 mães de bebês prematuros egressos das Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva Neonatal do Hospital Estadual de Sumaré, SP.

Por se tratar de pesquisa com abordagem qualitativa, apropriamo-nos desta metodologia ao considerar a não definição prévia do número de participantes do estudo. Assim, a interrupção da coleta de dados e a determinação do total de entrevistadas ocorreram, quando os achados tornaram-se repetitivos, o que é chamado, por Fontanella, Ricas e Turato (2008), de amostragem por saturação teórica, termo utilizado em pesquisa qualitativa para estabelecer ou fechar o tamanho final de participantes do estudo, e que determina a interrupção da captação de novos componentes. Neste estudo, esta avaliação foi realizada durante a coleta de dados, e a interrupção correspondente ocorreu quando houve redundância ou repetição do conteúdo dos relatos. Verificamos que o conteúdo das 12 entrevistas apontou para a interrupção da coleta de dados realizada com mães de recém-nascidos prematuros, egressos da Unidade Neonatal.

Vale esclarecer que, no momento da coleta de dados, os bebês prematuros apresentavam-se com idade acima da considerada como período neonatal, portanto, substituímos a expressão “recém-nascido prematuro”, por “bebê prematuro” sempre que nos referirmos às crianças nascidas prematuras, egressas da instituição campo do estudo.

4.3.1 Critérios para inclusão

Foram incluídas no estudo as mães que atenderam aos seguintes critérios:

- Ter tido recém-nascido prematuro com até 36 semanas e 6/7 de idade gestacional ao nascimento, e com peso de alta hospitalar entre 1800g e 2000g;
- Ter tido recém-nascido prematuro que permaneceu internado na Unidade Neonatal do hospital campo de estudo.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Procedimento

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ensino e Pesquisa da instituição hospitalar campo de estudo e do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Campinas. A escolha dos participantes atendeu aos critérios de inclusão descritos anteriormente.

No momento da alta hospitalar do bebê prematuro, egresso da Unidade Neonatal, os profissionais de enfermagem do serviço agendavam consulta de retorno da criança, oportunidade em que consultavam a mãe sobre sua concordância em participar do estudo, expondo-lhe o objetivo e a estratégia de coleta de dados. As mães que concordaram em participar da pesquisa retornavam ao serviço com intervalo aproximado de oito dias, após a alta hospitalar do filho.

Nessa ocasião, a pesquisadora apresentava-se à mãe, juntamente com a supervisora de enfermagem do serviço, reforçava os objetivos do estudo e verificava sua concordância em participar da pesquisa. Na etapa seguinte, apresentava e lia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice 1**), disponibilizado em duas vias, sendo que, após assinatura, uma via permanecia com a pesquisadora e a outra, com a mãe participante.

As entrevistas foram realizadas em sala privativa que correspondia ao local de reuniões do Grupo de Apoio aos Pais Acompanhantes (GAPA) ou à sala da supervisora de enfermagem da unidade, ficando a utilização de uma ou de outra na dependência de sua disponibilidade.

Ao concluir a entrevista, pesávamos o recém-nascido e registrávamos o peso obtido no cartão de acompanhamento (cartão da criança), trazido pela mãe. Caso, durante a entrevista, a mãe expressasse alguma dúvida relacionada aos cuidados com o filho prematuro, esta era esclarecida pela pesquisadora. Diante da avaliação das condições do bebê prematuro, se houvesse necessidade, o binômio mãe-filho prematuro era encaminhado à supervisora do serviço de enfermagem para avaliação e tratamento com a intervenção mais adequada para o atendimento das necessidades de ambos.

4.4.2 Instrumento

A coleta de dados ocorreu por meio do preenchimento do roteiro de entrevista (**Apêndice 2** --) composto por três partes:

Parte I: dados de identificação materna;

Parte II: dados do recém-nascido prematuro sobre o nascimento, o período de internação na Unidade Neonatal, as condições relacionadas à alta, e os encaminhamentos;

Parte III: dados do domicílio do binômio mãe-bebê prematuro.

Os dados das Partes I e II foram obtidos do relatório de alta hospitalar trazidos pela mãe no momento da entrevista, enquanto os dados que não constavam deste documento foram coletados no prontuário médico do bebê, na Unidade Neonatal.

Após o preenchimento do instrumento, foi utilizada a seguinte questão norteadora: “**Como tem sido para a senhora cuidar do seu filho em casa?**”. Atenta aos relatos apresentados, e com a proposta de alcançar o objetivo do estudo, foram utilizadas, também, as seguintes questões complementares, se necessário:

- Como tem sido cuidar da higiene do seu bebê?
- Como está sendo a alimentação do bebê?
- Como tem sido para a senhora oferecer as medicações ao seu bebê?

- Fale-me sobre a cartilha recebida na Unidade Neonatal

As entrevistas ocorreram com duração média de 15 minutos. Foram gravadas após esclarecimentos e consentimento das participantes. Houve mães com agendamento prévio que não compareceram à entrevista, porém que justificaram a ausência. Dentre as que estiveram presentes, não houve recusa em participar do estudo.

5 TRATAMENTO DOS DADOS

Conforme dito anteriormente, neste estudo, apropriamo-nos do método qualitativo para a definição do número dos participantes e para a estratégia de obtenção e de tratamento dos dados.

Diante das respostas às questões norteadora e complementares, optamos pelo emprego de uma estratégia de tratamento de dados que possibilitasse obter maior clareza da realidade vivida, no domicílio, pelas mulheres envolvidas na pesquisa. Com esta proposta, encontramos em Turato (2005) a justificativa para a nossa trajetória, uma vez que concordamos com esse autor quando diz que os dados qualitativos nos possibilitam entender o significado individual ou coletivo que uma situação tem para a vida das pessoas.

Com o objetivo de conhecer o vivido, nos propusemos adentrar no universo da mãe do recém-nascido prematuro egresso da Unidade Neonatal, para compreender sua vivência como cuidadora, no ambiente domiciliar, após a alta hospitalar do filho.

A estratégia de escolha, para tratar e apresentar os dados obtidos, compreende um recurso metodológico que permite o resgate das expressões coletivas em estudos onde a coleta de dados é realizada por meio de perguntas abertas (Lefèvre, Lefèvre, 2005).

Nesse método, o processo de organização do material verbal coletado nas entrevistas, após ser transcrito, foi subdividido em várias fases(identificação das expressões-chave, elaboração das idéias centrais e do DSC). Neste estudo empregamos os seguintes elementos descritos pelo autor (Lefèvre, Lefèvre, 2005: 22).

1. Expressões-chave: correspondem a trechos selecionados do material de cada depoimento, que melhor descrevem o seu conteúdo. Foram frases extraídas dos discursos que atendiam ao objetivo do estudo e que foram consideradas de interesse.
2. Idéias Centrais: descrevem o sentido presente nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de

respostas de diferentes indivíduos, que apresentam sentido semelhante ou complementar.

3. Discurso do Sujeito Coletivo: é a reunião das Expressões-chave extraídas dos depoimentos distintos, que têm Idéias Centrais de sentido semelhante ou complementar.

Conforme a técnica proposta por Lefèvre, Lefèvre (2005), os discursos obtidos dos depoimentos individuais, agrupados coletivamente, foram redigidos na primeira pessoa do singular, como forma de marcar a presença do pensamento coletivo na pessoa de um Sujeito de Discurso Coletivo.

5.1 PRÉ-TESTE

Após aprovação pela Comissão de Ensino e Pesquisa da Instituição e pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Campinas, realizamos entrevista com duas mães que concordaram em participar do estudo e que atenderam aos critérios de inclusão determinados anteriormente. Esta fase foi necessária para avaliação da compreensão da questão norteadora e das questões complementares, pelas mulheres, e para avaliação do potencial das entrevistas para o alcance do objetivo do estudo.

Com a confirmação de que os relatos atendiam ao objetivo da pesquisa, as duas entrevistas foram inseridas ao material que posteriormente foi tratado e analisado.

5.2 PRINCÍPIOS ÉTICOS

No que se refere aos aspectos éticos, este projeto atendeu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital Estadual de Sumaré, campo de estudo, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa

da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sob o parecer número: 347/2008.

Após tomar conhecimento do objetivo e da proposta do estudo, e de concordar em participar, as respondentes receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice 1**).

Às mães foi assegurado sigilo sobre sua identidade e fornecidas informações sobre a voluntariedade em participar do estudo e que não haveria prejuízo à assistência recebida no hospital, caso se recusassem ou desistissem de participar. Colocamo-nos à sua disposição para todo e qualquer esclarecimento. O estudo contou com a autorização do Comitê de Pesquisa e da Diretoria Médica da Unidade Neonatal do Hospital Estadual de Sumaré (**Anexos B e C**).

6 RESULTADOS E A DISCUSSÃO

No período de julho a outubro de 2008, foram realizadas entrevistas com as 12 mães de bebês prematuros egressos da Unidade Neonatal do hospital campo do estudo. Os resultados serão apresentados na seguinte sequência:

- Caracterização dos participantes;
- Vivência da mãe no cuidado do bebê prematuro, no domicílio.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

6.1.1 Dados maternos

Os dados de identificação das 12 mães entrevistadas são apresentados de forma descritiva abaixo.

Idade

Em relação à idade, 4 mães encontravam-se na faixa etária até 20 anos; 3 na faixa etária de 21 a 25 anos; 2 participantes tinham entre 26 e 30 anos de idade; e 3 estavam na faixa etária igual ou superior a 31 anos.

Grau de Instrução

Em relação à escolaridade, 4 mães cursaram o ensino fundamental e 8 haviam cursado o ensino médio.

Renda familiar

Todas as entrevistadas apresentavam algum tipo de renda. Dentre as 12 mães, 4 referiram renda familiar entre R\$ 600,00 e R\$ 800,00; 6 citaram renda familiar entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.500,00. Uma participante relatou renda familiar acima de R\$ 2.000,00, enquanto 1 mãe declarou desconhecer a renda da família.

Relação Conjugal

Quanto à relação conjugal, 9 participantes referiram que moravam com o companheiro e 3 viviam desacompanhadas, no entanto, estas residiam com os pais.

Tipo de parto

Do total de participantes, 8 tiveram parto cesárea, cuja indicação foi embasada em complicações maternas que levaram ao sofrimento fetal agudo, e 4 mães submeteram-se a parto normal. Não houve ocorrência de parto fórceps.

Antecedente gestacional

Em relação à história gestacional anterior, 8 mães entrevistadas eram primíparas e 4 eram não primíparas.

Experiência de cuidados com recém-nascido

Dentre as 12 mães entrevistadas, 7 relataram experiência anterior de cuidados com recém-nascido, porém apenas 1 havia prestado cuidado a recém-nascido prematuro. Aquelas com experiência de cuidado a recém-nascido a termo informaram que este era irmão ou filho de familiares. Houve 5 mães que relataram não ter tido experiência de cuidado anterior à recém-nascido.

Cuidados prestados aos recém-nascidos

Em relação às mães que tiveram experiência de cuidados anteriores com recém-nascido, 7 referiram cuidados relacionados ao banho, à troca de roupas e de fraldas e ao curativo do coto umbilical.

6.1.2 Dados relacionados ao bebê prematuro

Peso de nascimento

Conforme a classificação elaborada por Pursley, Cloerty (2000), os bebês do estudo distribuíram-se da seguinte forma: 7 bebês classificaram-se como de baixo peso ao nascer; 4 como de muito baixo peso e 1 bebê foi classificado como de extremo baixo peso.

Pursley, Cloerty (2000) classificam os recém-nascidos pelo peso ao nascer, segundo os seguintes critérios: recém-nascidos com baixo peso ao nascer, que correspondem àqueles que pesam menos de 2.500g; recém-nascidos de muito baixo peso são aqueles com peso inferior a 1.500g, e os recém-nascidos de extremo baixo peso, caracterizados como aqueles com peso de nascimento abaixo de 1.000g.

O peso ao nascer juntamente com indicadores como idade gestacional e Apgar estão associados à morbimortalidade neonatal e são importantes para estabelecer o planejamento da assistência, após a alta hospitalar do recém-nascido.

Idade gestacional

A idade gestacional ao nascimento pode ser avaliada, dentre outras, por duas escalas de classificação: Capurro e Nova Escala de Ballard (New Ballard Score), esta última é usada para avaliar os recém-nascidos prematuros extremos. Pelo exame do Capurro somático realizado, pelo neonatologista, após o nascimento, pudemos observar que a idade gestacional de 9 bebês variou de 31 semanas a 35 semanas e 6/7. Os 3

bebês, avaliados pela classificação do New Ballard Score, mostraram idade gestacional com variação entre 29 semanas e 6/7 e 30 semanas.

Ao confrontarmos esses dados ao peso de nascimento dos bebês, verificamos que esta relação justifica a permanência dos bebês do estudo na Unidade Neonatal, quer na Unidade de Terapia Intensiva, quer na Unidade Semi-Intensiva.

Apgar

De acordo com Rego (2004), o boletim de Apgar, que varia numa pontuação entre 0 e 10, é um método objetivo empregado para avaliação da vitalidade do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto de vida. Neste estudo, a avaliação de Apgar, entre os bebês prematuros, no primeiro minuto, variou de 3 a 9 e no quinto minuto de 7 a 10. O que demonstra a recuperação do estado debilitado apresentado por alguns deles ao nascer.

Tempo de permanência na Unidade Neonatal

Neste item são descritos os tempos de permanência dos 12 bebês prematuros, nas Unidades Semi-Intensiva e de Terapia Intensiva. Dentre eles, 3 permaneceram até 10 dias na Unidade Semi-Intensiva, 7 estiveram entre 11 e 20 dias, 1 permaneceu entre 21 e 30 dias e 1 manteve-se internado acima de 31 dias.

Quando avaliado o tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, encontramos 3 bebês prematuros que ficaram internados nesta unidade por um período de até 10 dias, 4 permaneceram entre 11 e 20 dias, 1 ficou internado no período de 21 a 30 dias e 2 mantiveram-se internados por um período acima de 31 dias. Apenas 2 recém-nascidos do estudo não necessitaram de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, permanecendo todo o período na Unidade Semi-Intensiva

Tempo de permanência materna na Unidade Canguru e na Casa de Apoio

Como relatado anteriormente, a Unidade Canguru e a Casa de Apoio são centros de suporte para permanência da mãe no ambiente hospitalar, por um curto espaço de tempo, com o objetivo de preparação materna para a alta hospitalar do neonato. Das 12 mães participantes do estudo, apenas 2 não permaneceram na Unidade Canguru, ficando as demais por um período que variou entre 1 e 7 dias. Apenas 1 mãe permaneceu 1 dia na Casa de Apoio por falta de vaga na Unidade Canguru.

Condições de alta do bebê prematuro da Unidade Neonatal

Dentre os bebês prematuros do estudo, no momento da alta, apenas 1 tinha diagnóstico de hidrocefalia discreta e 2 foram diagnosticados com doença do refluxo gastroesofágico. Conforme registros, os demais saíram de alta hospitalar aparentemente sem intercorrências.

Seguimento do recém-nascido após a alta hospitalar

Os bebês prematuros do estudo, no momento da alta hospitalar, foram encaminhados para os seguintes serviços de seguimento: ambulatório de enfermagem para controle de ganho de peso, Unidades Básicas de Saúde para acompanhamentos de vacinação e para ambulatórios de especialidades.

No momento da entrevista, os bebês nascidos prematuros tinham idades que variavam entre 19 e 90 dias de vida.

Dados referentes ao domicílio

Moradia

Dentre as 12 mães participantes, 8 viviam em moradia própria e 4 moravam em casa alugada.

No perfil dos domicílios, foram considerados os seguintes parâmetros :

- tipo de material de construção do domicílio – a totalidade das participantes referiu a construção de alvenaria;
- destino do lixo domiciliar - todas as participantes referiram encaminhá-lo para a coleta pública;
- sistema de esgoto e energia elétrica – 100% dos domicílios contemplaram este item;
- abastecimento de água - 1 mãe referiu utilizar água proveniente de poço artesanal, as demais faziam uso da rede pública;
- tratamento da água utilizada para consumo - 3 mães referiram não realizar nenhum tipo de tratamento para o consumo, enquanto 3 citaram a filtração, 5 consumiam a água acondicionada em garrações, e 1 utilizava a fervura como tratamento da água consumida pela família.

Com essa caracterização do binômio mãe-bebê prematuro e de suas moradias, a seguir apresentamos a vivência do cuidado materno, no domicílio.

6.2 VIVÊNCIA DA MÃE NO CUIDADO DO BEBÊ PREMATURO, NO DOMICÍLIO

Lembramos que para verificar a vivência da mãe, durante entrevista, utilizamos perguntas abertas sobre a experiência materna no cuidado do bebê prematuro, no domicílio. Os relatos foram gravados, transcritos e lidos repetidamente. Em seguida, foram tratados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefèvre, Lefèvre, 2005), obtendo-se 8 Discursos que serão apresentados a seguir:

- DSC 1- Vivenciando o cuidado do bebê prematuro
- DSC 2- Reproduzindo o que aprendeu na Unidade Neonatal
- DSC 3- Tentando atender às necessidades do bebê prematuro
- DSC 4- Falando de aleitamento materno
- DSC 5- Recebendo ajuda dos familiares
- DSC 6- Expressando sentimentos de satisfação
- DSC 7- Citando a Cartilha da Unidade Neonatal
- DSC 8- Expressando dificuldade para cuidar do bebê prematuro

DSC 1: VIVENCIANDO O CUIDADO DO BEBÊ PREMATURO

Eu não sabia nada. Eu nunca tinha colocado uma criança no colo. Foi minha primeira vez aqui no hospital. E, assim, eu não tenho trabalho nenhum para trocar, para nada. Sou eu quem dou banho em casa, aí eu faço os cuidados dele. Em casa, é assim, você dá banho sem ninguém junto, você curte o seu nenê, né, às vezes tá sozinha: é você e o bebê, é o seu momento com ele só. Eu tento fazer o que eu posso, cuidar assim do jeito que ... todos os cuidados. É gostoso cuidar do nenê, assim, cada momento dele é uma alegria. Trocar é gostoso, ele fica quietinho, você fica conversando com ele, ele fica prestando atenção: chorar, ele chora bem pouco, quase nada, e quando ele gorfa (regurgita), eu pego, troco, passo talquinho, tiro tudo de novo, sempre com uma nova roupinha para não pegar muita alergia, porque com a mesma roupa é ruim. Então, o banho dele é ao meio-dia. Eu uso o sabonete fofo, não muito cheiroso para não ter alguma coisa na pele do bebê. Dar banho, trocar fraldas, dar de mamar. Eu tô conseguindo cuidar bem. No quarto eu ponho sempre uma bacia de água perto do berço. Que eu aprendi, também, mas aprendi na televisão. Eu aprendi muita coisa, que eu não tinha nenhuma noção de como cuidar de uma criança, de um bebê. Agora eu já tenho. Tá sendo normal para mim. Eu acho que tô me saindo muito bem.

Verificamos pelo DSC que a mãe consegue prestar os cuidados ao bebê prematuro, ainda que não tivesse experiência anterior. Notamos que para o sucesso desta atividade, o suporte recebido no hospital, durante a internação do filho na Unidade Neonatal, é de fundamental importância.

Embora o primeiro contato materno com o cuidado do bebê seja estabelecido, inicialmente, durante o período de internação, Gomes (1999) considera ser difícil para os pais assumirem seu papel e sentirem-se pais em um ambiente técnico, muitas vezes sem poder tocar, alimentar e confortar os seus bebês. A par destas observações iniciais, o relacionamento mãe-bebê prematuro deve ser precocemente iniciado, para o estabelecimento do cuidado, não sem uma avaliação prévia realizada pela enfermagem e a definição de intervenções individualizadas e não rotinizadas. De acordo com o mesmo autor, acreditamos que a avaliação feita pelos profissionais deve levar em consideração as condições do recém-nascido prematuro e a disponibilidade física e emocional do familiar cuidador.

O DSC mostrou, também, que as primeiras experiências maternas de cuidado com o bebê prematuro, ainda durante a internação, são reveladas como possibilidade de aprendizado que repercutem positivamente durante a interação da mãe com o filho no domicílio. Podemos observar que esta interação se estabelece de forma mais eficaz à medida que os cuidados são realizados com segurança.

Neste DSC, o cuidado vivenciado no domicílio, pela mãe, é expresso como o momento em que a mesma sente satisfação ao realizar e desenvolver as habilidades aprendidas. A interação que se estabelece entre o bebê prematuro e sua mãe intensifica-se à medida que a mãe presta os cuidados. Aos poucos, a mulher reconhece o valor de suas habilidades em poder cuidar sozinha do bebê prematuro, e este sentimento aumenta sua segurança. Podemos perceber que a experiência anterior de cuidado intensifica a dinâmica do aprendizado, nos cuidados desenvolvidos no domicílio.

Lopes, Mota e Coelho (2007), em estudo realizado em Belo Horizonte, MG, com mães de recém-nascidos de um programa de internação domiciliar, verificaram que houve uma construção de autonomia materna relacionada ao cuidado do recém-nascido. Identificaram, ainda, liberdade para desenvolvê-lo como o principal aspecto que diferenciou o cuidado no domicílio, quando comparado àquele prestado na Unidade Neonatal. Os autores ainda ressaltam que o apoio dos profissionais da área da saúde, dado às mães, torna-se fundamental, para que as mesmas tenham segurança para desenvolver a autonomia característica do ambiente domiciliar.

Na dinâmica do serviço campo do estudo, não há um suporte de apoio para internação domiciliar que, como podemos perceber na literatura, é ainda incipiente, no país, porém, de grande importância para o estabelecimento da interação da mãe com o recém-nascido prematuro após a alta hospitalar, principalmente quanto à construção da segurança materna para o cuidado. No entanto, percebemos que há construção de uma autonomia surgida no interior da Unidade Neonatal, intermediada pelos profissionais do serviço. Os relatos indicaram que essas ações contribuíram

para maior segurança da mãe em prestar cuidados ao bebê prematuro após a alta hospitalar, conforme podemos verificar no DSC a seguir.

DSC 2: REPRODUZINDO O QUE APRENDEU NA UNIDADE NEONATAL

A forma como as enfermeiras ensinam a gente aqui (no hospital), você não tem dificuldade nenhuma em casa. Só se você não tiver vontade de aprender. Do contrário, elas ensinam bem. Todas as orientações que eu recebi aqui no hospital eu tento fazer em casa com o bebê, tudo do mesmo jeito. Eu cuidava aqui né, a enfermeira deixava eu cuidar, mas não é a mesma coisa, em casa eu tô me sentindo mais mãe. Aqui eu também me sentia, mas ficava assim meio tímida, porque elas ficavam olhando se eu estava fazendo certinho ou não. Mas em casa você já fica, mais assim, porque é só você. Você troca lá do mesmo jeito que elas ensinaram aqui ... é mais gostoso. Eu não perco nada do que eu aprendi aqui no hospital e quero continuar o mesmo cuidado para ele (bebê). Cada dia que eu vejo ele engordando uns cinco gramas, para mim é uma alegria muito grande. Eu segui o hospital (rotinas), de 3 em 3 horas, né. Que era como estava fazendo aqui, no caso, a limpeza do bebê, depois, tem o banho, mas eu não tô tendo problema nenhum para dar banho. Os outros cuidados eu tô tentando fazer mais ou menos como fazia aqui. Lavar as mãos quando trocar fralda, dar de mamar, dar banho, direitinho. Cuidar do narizinho, estas coisas. Fazer higiene de tudo isso. A medicação é cedo, eu dou o sulfato ferroso e o polivitamínico. Igual foi ensinado aqui. Tá sendo supertranquilo. Não tenho problema nenhum. Tudo o que eu aprendi no hospital, eu tô fazendo em casa. Do jeitinho que eles me ensinaram eu tô fazendo. E pelo jeito (o bebê) tá acostumando bem. Pra dar remédio é fácil porque eu tenho uma seringinha e eu vou colocando na boca dele aos pouquinhos, não é? Bem devagarzinho. Eu demoro um pouquinho que eu tenho medo de engasgar né. Mas para dar remédio não é difícil, por causa da seringinha. A menina me explicou, aqui, direitinho. Quando vou dar de mamar, eu acordo ele como me ensinaram aqui, assim, acordo ele, dou de mamar, depois ponho ele para dormir de novo. Aqui eu aprendi tudo. Tá sendo tranquilo, porque aqui eu já estava fazendo isso. Mas, tô indo bem. Ensinaram muito bem eu cuidar dele. Ele é bem calminho em casa. Ele não dá muito trabalho não. E aí eu prestava atenção como era aqui, né, e eu tô tentando cuidar. Mas ele é bem tranquilo, não dá muito trabalho. Também está sendo fácil. Que eu aprendi aqui, né. Mas eu tô tentando tomar o máximo de cuidado possível. Eu faço tudo o que eu fazia aqui, quando eu fiquei no canguru. Aqui no hospital eles deixam a gente preparada, para o que vai passar em casa. Eu aprendi muita coisa, sabe. De como cuidar do bebê, as enfermeiras são muito boas. Em casa, eu não tô tendo problema nenhum.

De acordo com Fonseca (2002), o treinamento da mãe para o cuidado do prematuro no domicílio acontece durante todo o período de internação do recém-nascido e deve ser iniciado logo na admissão do mesmo na Unidade Neonatal. É durante o período de internação que se estabelece a possibilidade de desenvolvimento de habilidades e de conhecimentos

específicos pelos pais para o cuidado do bebê, ainda na unidade hospitalar e posteriormente no domicílio.

Concordamos com Gaíva et al. (2006), quando afirmam que um dos grandes desafios na assistência ao recém-nascido prematuro está em promover ações de cuidados que atendam às necessidades de sua família. Os mesmos autores fazem observação com relação à falta de intervenções sistematizadas para o atendimento das necessidades da família, tendo geralmente o foco de assistência apenas voltado às necessidades do recém-nascido quando internado no ambiente hospitalar, retardando desta forma a inserção dos pais no seu cuidado.

No presente estudo, podemos observar que as mães entrevistadas sentiram-se satisfeitas com as orientações fornecidas pelos profissionais do serviço para o cuidado do prematuro. Esta percepção materna leva-nos a inferir que, durante o período de internação do bebê prematuro, as intervenções realizadas na Unidade Neonatal contemplaram as necessidades de cuidado do familiar cuidador deste bebê.

Tal situação mostrou-nos que a capacitação da família no processo de preparo para a vivência dos cuidados no domicílio deve apresentar-se como alternativa aos profissionais da área da saúde que prestam assistência nas unidades neonatais, pois favorece o desenvolvimento de habilidades na prática do cuidar do bebê prematuro.

Martínez, Fonseca e Scochi (2007), em estudo realizado em hospital de San Luis Potosi, no México, com profissionais da equipe de saúde, observaram que a presença dos pais na Unidade Neonatal contribui para a estabilidade clínica do recém-nascido prematuro, para seu processo de crescimento e de desenvolvimento, além de melhorar a interação, favorecendo o vínculo e facilitando o treinamento dos pais para o período pós-alta hospitalar.

Esse tipo de observação pode ser encontrado nos relatos das mães deste estudo, quando referiram que as orientações recebidas dos profissionais da Unidade Neonatal contribuíram na realização mais segura dos cuidados do bebê prematuro, no domicílio. Martínez, Fonseca e Scochi (2007) destacam, também, que a estimulação dos pais, além de favorecer a

evolução clínica do bebê, reduz o tempo de internação e diminui as reinternações decorrentes do nascimento prematuro.

Podemos observar neste Discurso do Sujeito Coletivo que o cuidado vivenciado, no domicílio, conforme aprendido no hospital, leva à expressão de satisfação e de autoconfiança da mãe, quando esta observa que seus cuidados conseguem favorecer o crescimento e o desenvolvimento do bebê prematuro, observados pelo ganho de peso e pela adaptação no ambiente domiciliar. Em nossa observação, isto decorre da aquisição de habilidades, pela mãe, a partir da permanência na Unidade Neonatal, favorecida pelos profissionais desta unidade e organização estrutural do serviço.

Segundo Gaíva et al. (2006), as orientações aos pais devem abranger as esferas dos cuidados básicos, dos riscos e das necessidades do prematuro. A orientação fornecida pelos profissionais de saúde torna-se o principal elemento no processo de preparo para a alta hospitalar e deve contemplar aspectos relacionados à higiene, à vacinação, ao crescimento e ao desenvolvimento, às sequelas, às complicações, ao acompanhamento ambulatorial e ao vínculo afetivo. Na observação feita pelos profissionais do serviço onde o estudo supracitado foi realizado, aqueles reconhecem a importância de que o preparo da alta deve ocorrer de forma planejada e gradativa, realizado o mais precoce possível e não apenas no momento de sua ocorrência. Seu foco deve estar centrado para a vivência do binômio no ambiente domiciliar.

Concordamos com esses autores, uma vez que o processo de alta deve ser previamente planejado para dar oportunidade aos profissionais de levantar as necessidades de cada recém-nascido e de seus cuidadores, com o objetivo de minimizar as incertezas e dificuldades que possam surgir fora do ambiente hospitalar. Estas orientações devem ser fornecidas ao cuidador gradualmente, para que o mesmo possa se adaptar às situações vivenciadas pelos bebês prematuros durante o período de internação.

Tronchin (2003), em estudo realizado com pais de recém-nascidos prematuros, analisou relato dos mesmos no que diz respeito à confiança no trabalho dos profissionais do serviço de atendimento a recém-nascidos prematuros. Este sentimento de confiança torna-se crescente, inicialmente,

de forma velada, pelas condições do recém-nascido e, posteriormente, pela segurança transmitida pelos profissionais por meio de esclarecimentos, informações, acolhimento e serviços prestados.

O suporte dos profissionais na tentativa de adaptação dos pais aos recém-nascidos prematuros deve permear todo o período de internação. As estratégias utilizadas para favorecer este aprendizado podem ser decorrentes de materiais educativos ou de estruturas que assegurem a permanência da mãe na unidade, como a Unidade Canguru, porém segundo os relatos das mães, o apoio dos profissionais foi percebido como fator primordial para a habilidade e segurança do cuidado do bebê no domicílio.

Morais, Quirino, Almeida (2009) também estudaram o cuidado prestado pela mãe de criança prematura, no domicílio, na cidade de Feira de Santana, BA. Ao compararmos seus resultados aos encontrados neste estudo, verificamos que ambos os trabalhos mostraram que a mãe envolve-se nos cuidados do filho prematuro, conforme as orientações recebidas na maternidade, ou seja, dão especial atenção à lavagem das mãos previamente ao cuidado da criança, seguem restrições para evitar correntes de ar e a presença de perfumes no contexto onde o filho prematuro se encontra, procedem ao oferecimento cuidadoso de medicações e aos cuidados com a amamentação, dentre outros. Tal situação levou-nos a afirmar que o aprendizado materno para o cuidado do bebê prematuro, iniciado no hospital, completa-se no domicílio, e pode ser tido como universal.

A seguir, apresentamos o DSC cujo conteúdo relaciona-se à atenção às necessidades do prematuro, no domicílio.

DSC 3: TENTANDO ATENDER ÀS NECESSIDADES DO BEBÊ PREMATURO

Quando sai daqui (do hospital), ele (bebê) pegava um pouco meu peito e aceitava o copinho. Eu ordenho o leitinho para ele, porque ele não pegou o peito, sabe?. Eu ponho na chuquinha mesmo, porque eu também estou dando leite Nan para ele. Aí, todo dia eu fazia a mesma coisa, tentava dar o seio, mas aí ele não pegou e eu sempre oferecendo o copinho. Só que à noite é muito sono e ele engasgava com o copinho. Ele não estava conseguindo sugar no peito e foi dificultoso para ele também. Porque ele sugava pouco no peito, eu sempre tentando, mas ele não pegou. Agora estou dando a mamadeira. Durante o dia faço de tudo e ele não acorda, o dia inteiro, não abre o olho para nada, mas passa a noite inteira acordado, meu problema só tá sendo este mesmo. Às vezes eu penso que o choro é fome e aí dou mamadeira, mas não é fome, fica chorando. Por isso, a única coisa que eu fico preocupada é quando ele chora com alguma dorzinha, né. Aí eu fico preocupada. Tem uma hora que tem um remédio que é complicado, porque tem que dar meia hora antes de mamar ou meia hora depois. E acontece, às vezes, que ele está dormindo, e acorda bem na hora de tomar o remédio. Aí a gente dá o remédio. O remédio briga com o leite, então tem que ... Por causa do refluxo ele tá tomando. Tá tomando dois remédios. O sulfato ferroso tem que ser longe do leite, mas aí eu dou um jeitinho, fico insistindo para ele mamar, não deixo ele dormir (mamando) no peito. Aí ele dá um intervalo de duas horas no leite. Até ele se regular foi um pouco difícil, mas agora ele está mais regulado. Então tá mais fácil de encaixar o sulfato ferroso e os outros medicamentos. Ele toma o remédio e joga tudo para fora. Sabe, ele (bebê) não aceita a vitamina. Quando dá a vitamina para o nenê, parece que tampa a garganta dele, ele fica... sabe assim? Parece que é meio gordurozinho, né? Aí fica bem na garganta dele. Aí ele toma, mas depois volta todinha a vitamina. Então a gente tá tentando achar um outro jeito de melhorar isso aí. Em casa, o único problema dele é tomar banho de barriga para cima, tem que pôr ele de barriga para baixo. Aqui, no hospital, eles davam (banho) na parte da noite, aí eu tô dando na parte da manhã... se eu vejo que ele está choroso, então eu troco a fralda, faço tudo, faço uma massagenzinha na barriga, porque ele tá com muita cólica. Aí eu dou de mamar, aí pronto, ele dorme. Dorme o dia inteiro.

Nesse Discurso do Sujeito Coletivo, podemos perceber que as mães de recém-nascido prematuro já evidenciavam dificuldades no cuidado ainda durante a hospitalização do mesmo, quando relacionadas ao processo de aceitação do leite. Assim, a percepção inicial desta dificuldade levou-as a adaptar-se às necessidades da criança ainda no ambiente hospitalar.

Outro ponto visualizado no mesmo discurso refere-se ao processo de adaptação do recém-nascido prematuro ao ambiente domiciliar, fato também

descrito em outros estudos realizados com prematuros (Feliciano, 1999; Tronchin, 2003; Lopes, Mota, Coelho, 2007 e Moraes, Quirino, Almeida, 2009). Acreditamos que esta dificuldade inicial é gradativamente superada pela mãe e demais cuidadores, uma vez que o ambiente domiciliar propicia vinculação maior dos pais com o bebê prematuro, resultando em uma adaptação progressiva às necessidades deste.

O recém-nascido prematuro tem características estruturais e fisiológicas próprias que o diferenciam do bebê nascido a termo. Estas particularidades são evidenciadas em seus órgãos e sistemas que tentam adaptar-se à vida extrauterina (Pursley, Cloherty, 2000). A imaturidade dos sistemas orgânicos como o respiratório, o neurológico, o cardiovascular, entre outros são decorrentes deste nascimento prematuro e alterações podem repercutir de forma crônica, após a alta da Unidade Neonatal.

Cabral, Moraes e Santos (2003), em estudo realizado no Rio de Janeiro com recém-nascidos egressos de unidades neonatais, apontam que os egressos desses serviços demandam cuidados especiais quando retornam ao domicílio, pois devido ao nascimento prematuro apresentam algum diagnóstico prejudicial relacionado ou não à idade gestacional.

Por outro lado, a adaptação da mãe a estas necessidades nem sempre é um processo fácil. Ela carece de apoio, tanto institucional quanto social, para o desenvolvimento do cuidado. O acompanhamento em ambulatorios de especialidades torna-se uma necessidade especial requerida por estes recém-nascidos egressos das unidades neonatais.

Acreditamos que a adaptação do cuidador às novas necessidades do bebê prematuro egresso da unidade neonatal é mais facilmente construída quando os pais conseguem estabelecer vínculo com o recém-nascido. Este vínculo deve ser vivenciado inicialmente enquanto o cuidador estiver presente na Unidade Neonatal, acompanhando a internação do filho. Scochi et al. (2003), em estudo realizado com pais de recém-nascidos prematuros em Unidade Neonatal de risco na cidade de Ribeirão Preto, SP, revelam que ações simples desenvolvidas pela equipe da unidade levam à construção e ao estabelecimento do vínculo. Entre elas destacam-se o apoio aos pais, as

informações sobre as condições do recém-nascido, o estímulo ao toque e à fala e o incentivo do contato pele a pele.

De acordo com Kimura (1997), a construção do papel materno ocorre em dois momentos: um ainda na gestação e outro no período pós-parto, onde há uma transição da imagem idealizada de si e de seu filho para uma imagem concreta. A mesma autora reforça que a identidade materna implica construir um relacionamento baseado na sua vinculação com o filho.

Neste estudo, podemos observar que o reconhecimento da mãe, pelo aprendizado que lhe foi proporcionado pelos profissionais de saúde, mostrou-se como fator diferenciador para o desenvolvimento de sua habilidade no cuidado do bebê prematuro, uma vez que é por meio deste compartilhamento de informações e de orientações entre profissionais e familiares que se constrói o vínculo que irá favorecer o fortalecimento do papel de cuidador e o processo de aprendizado materno para o cuidar.

A seguir, apresentamos o DSC que trata de aleitamento materno, tema referido pelas mães entrevistadas.

DSC 4: FALANDO DE ALEITAMENTO MATERNO

Nos primeiros dias aqui no hospital foi difícil, mas em casa está bem. É porque ele(bebê) pegou o intermediário, porque eu não tinha o bico (mamilo). Ele só mama. Tá sendo, nossa...muito gostoso, amamentar ele tá sendo um prazer. Só no peito. Mamar é fácil, só que se demorar um pouquinho, ele fica nervoso. Aí, tipo assim, eu não tô tendo muito leite. Aí vou ter que fazer um horário para mamar. Ele tá mamando toda hora. Ele chora, já quer mamar, sabe? Eu não sei se é porque está sentindo cólica, que quer só mamar. Eu vejo que a barriga dele tá cheinha, mas quer mamar. Por isso às vezes acho que tá voltando esse leitinho, não é? Mas para dar de mamar não é difícil não. Eu dou a cada três horas, eu dou mamar no peito e ofereço o Nan..., então eu não dou toda hora, mas não é toda mamada que eu dou o Nan. Se eu só dou o peito e ele não chora é porque sustentou. Depois de mamar, eu pego e dou o Nan também. Daí, pelo que eu estou percebendo, ele está engordando bem. Então, eu tô dando o peito, e quando vejo que não tem muito leite, ou que ele não mamou o suficiente no meu peito, eu faço um pouquinho de leite Nan e dou um pouquinho para ele na chuquinha. Na hora que eu dou de mamar para ele eu fico meio preocupada porque ele tem refluxo. Então eu tenho que ter o maior cuidado com ele. Ficar com ele o tempo todo no colo, até ele arrotar, né.

O Discurso do Sujeito Coletivo, sob análise, contém relatos das dificuldades para a continuidade do aleitamento materno exclusivo, vivenciadas pela mãe, no domicílio. Dificuldades semelhantes são descritas por Isaacson (2006) e relacionam-se à condição prematura do recém-nascido e de seus sistemas fisiológicos que necessitam se adaptar para o início de uma amamentação eficaz. Esse estudo aborda as dificuldades inerentes ao aleitamento materno do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Nele o autor sugere a implantação de orientações e de acompanhamento do pessoal da área de saúde para o manejo da prática de amamentação na unidade, junto às mães, com o objetivo de assegurar continuidade dos recursos assistenciais que promovam o processo de amamentação, durante a internação destes bebês. O autor ressalta que a educação contínua e o apoio dos profissionais ajudam a promover a preservação da prática da amamentação ainda durante a internação.

Os dados do presente estudo mostram a concordância dos relatos do Discurso do Sujeito Coletivo sob análise com os achados de pesquisa realizada por Isaacson (2006), os quais se embasam na necessidade da introdução de outros tipos de leite com o objetivo de assegurar adequado ganho de peso do recém-nascido prematuro, com o intuito de promover o crescimento e o desenvolvimento satisfatórios.

A preocupação da mãe com o ganho de peso do filho prematuro, verificada neste estudo, também foi mostrada por Moraes, Quirino, Almeida (2009) que apontam esta condição dentre as mães que têm o ganho de peso do filho prematuro como parâmetro para avaliar seu crescimento e a efetividade do aleitamento materno exclusivo.

Geralmente, o recém-nascido prematuro nascido com 34 semanas de idade gestacional consegue desenvolver o reflexo de sucção eficiente, com boa coordenação sucção-deglutição (Martinez, Camelo, 2001), porém, dependendo das condições do bebê esta situação pode ocorrer mais tardiamente. Para assegurar o fornecimento das necessidades calóricas diárias do recém-nascido, faz-se necessário o uso de outras vias para manter seu suporte nutricional, como as vias parenterais ou as vias enterais por sondagem. Desta forma retarda-se o início da amamentação para assegurar o momento certo na maturidade do reflexo de coordenação para o aleitamento. Assim, a necessidade alimentar é avaliada pelo neonatologista, uma vez que se deve assegurar o ganho de peso adequado que favoreça o crescimento e o desenvolvimento do prematuro. No convívio diário com mães de crianças nesta condição, podemos perceber que esta adaptação do prematuro ao processo de aleitamento materno exclusivo pode gerar aumento na ansiedade materna em desempenhar seu papel de nutriz. Desta forma torna-se cada vez mais importante a atuação dos profissionais envolvidos com este público, no que diz respeito à estimulação e ao auxílio para a amamentação.

Sob este aspecto, Shimoda (2009:125) encontrou diferenças entre mães de bebês prematuros (10 – 7%) e mães de bebês nascidos a termo (132 – 93%), atendidas em unidade de saúde no município de São Paulo, quanto ao âmbito emocional relacionado à amamentação. Embora não

apresente significância estatística, os dados mostraram que as mães de bebês prematuros apresentaram maior frequência de alterações emocionais (8 – 80%) em comparação àquelas com bebês a termo (82 – 62,1%), reforçando a idéia de que “o nascimento prematuro, por não ter sido previsto e pelas exigências maiores de cuidados com a criança, pode desencadear sentimentos de ansiedade, preocupação ou estresse na mulher”.

Cabe considerar, também, que a separação pais e filho, desencadeada pelo nascimento prematuro e proporcionada pelo ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pode ser um fator dificultador ou facilitador neste início do processo de amamentação. Concordamos com Issacson (2006), quando ressalta a importância do papel do profissional de enfermagem como facilitador da promoção da amamentação ainda no ambiente hospitalar. O mesmo autor chama atenção para a necessidade de valorizar as dificuldades vivenciadas pelas mães para o início e a manutenção da produção adequada de leite. O autor ainda sugere que as orientações dos profissionais devem ser feitas diariamente, respeitando as dúvidas e histórias de cada binômio mãe-bebê prematuro.

Azevedo, Mendes (2008) reforçam que a participação dos profissionais na orientação e no apoio das mães favorece a manutenção da lactação, durante o período de hospitalização dos recém-nascidos prematuros, como foi observado em estudo realizado em Porto Alegre, RS, com mães de prematuros hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Porém os autores chamam atenção para o excesso de informações que pode interferir na capacidade de assimilação das mães e transformar esta prática em um fator desestimulante. O estudo conclui que a manutenção da amamentação do prematuro, tanto durante a internação quanto na alta hospitalar, é uma prática complexa que necessita de atenção permanente do profissional. Desta forma, o autor ressalta que as orientações devem ser fracionadas e feitas de forma contínua e que a compreensão da mãe deve ser confirmada a cada informação recebida.

Shimoda (2009) verificou significância estatística quando encontrou maior frequência de mulheres com filhos prematuros que referiram produção láctea insuficiente (7 – 63,6%) em comparação àquelas que tiveram recém-

nascido a termo (39 – 32,8%). A autora justifica tal situação pela condição da criança prematura que pode não estar apta para mamar logo após o nascimento, prejudicando o estímulo à produção láctea materna.

Vimos, no DSC sob análise, que as mães sentiam-se recompensadas diante do processo de amamentação vivenciado no domicílio. Este prazer em alimentar o bebê prematuro relaciona-se ao estabelecimento do vínculo entre o binômio, como apontam Serra, Scochi (2004), em estudo realizado com mães de prematuros internados em Unidade Neonatal em Ribeirão Preto, SP. No entanto, esses autores afirmam que a manutenção da lactação, durante a internação destes recém-nascidos, é um processo complexo, pois pode sofrer influência de vários fatores.

Por outro lado Mancini, Meléndez (2004) observaram que os fatores quantidade de consultas de pré-natal, peso de nascimento acima de 2.500 g, idade gestacional maior que 37 semanas e a implantação do Programa de Iniciativa Hospital Amigo da Criança foram fatores que influenciaram na manutenção do aleitamento materno exclusivo, após a alta hospitalar. Neste estudo não foi possível fazermos esta relação, pois os bebês que participaram nasceram com idade gestacional menor que 37 semanas e com peso de nascimento inferior a 2.500g. Também, não foi objeto de estudo identificar e avaliar o indicador relacionado ao número de consultas de pré-natal; porém o hospital estudado tem implantado o Programa de Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

A continuação do aleitamento materno exclusivo, após a alta do recém-nascido prematuro, é uma preocupação constante dos profissionais que estão diretamente relacionados ao cuidado deste grupo de pacientes. Estudo realizado na Suécia avaliou a continuação da amamentação após a alta hospitalar entre recém-nascidos prematuros e a termo, oportunidade em que foi observada continuidade significativa da amamentação após a alta, para os dois grupos. Por outro lado, ainda que nem todos os recém-nascidos permanecessem alimentados exclusivamente com leite materno, as mães destes bebês tiveram sucesso, também, no desempenho da interação entre ambos, em domicílio (Akerstrom, Asplund, Norman, 2007).

Esse estudo reforçou a importância do profissional no estímulo às mães para o início da extração de colostro/leite e para a amamentação do recém-nascido o mais precoce possível. Apesar das observações feitas anteriormente pelos autores, no que diz respeito aos fatores que contribuíram para a continuação do aleitamento materno exclusivo, após a alta da Unidade Neonatal, não foi possível encontrar correlação de continuidade para esta prática. O estudo mostrou ainda que a inserção dos pais nos cuidados do recém-nascido prematuro e o oferecimento de assistência individualizada também contribuem para a manutenção do processo de aleitamento (Akerstrom, Asplund, Norman, 2007).

Serra, Scochi (2004) enfatizam que, mesmo após a alta hospitalar, os recém-nascidos prematuros são classificados como de risco no primeiro ano de vida, quando a mortalidade é alta, e o desenvolvimento e crescimento da criança sofrem influências de vários fatores. Fato que torna necessário o apoio da rede formal e informal na promoção do processo de amamentação para este grupo de risco.

Nascimento, Issler (2004), por sua vez, reforçam que, no grupo de recém-nascidos prematuros, para ocorrer transformações na questão da amamentação, é necessária mudança na estrutura da assistência hospitalar, com a obtenção de avaliação individualizada da mãe e do filho, de modo a garantir o estabelecimento e a manutenção da lactação. Os autores sugerem que o seguimento deste recém-nascido, após a alta hospitalar, é fundamental para a manutenção da amamentação, no domicílio, e que este processo proporciona à mulher maior ligação afetiva para com o filho.

As dificuldades maternas para o estabelecimento da amamentação também foram retratadas neste estudo, tal como descrito em pesquisas citadas anteriormente e presentes na literatura sobre o tema. Os aspectos que contribuem para estas dificuldades são decorrentes das condições fisiológicas do recém-nascido prematuro, também, já descritas. Porém o enfoque no apoio e na educação em saúde, realizado pelo profissional de enfermagem, ainda no ambiente hospitalar, contribui para estabelecer e manter a prática da amamentação após a alta destes egressos de unidades neonatais.

Acrescentamos que receber suporte de familiares, no domicílio, mostrou-se relevante para as mães entrevistadas neste estudo, conforme podemos constatar no DSC a seguir.

DSC 5 : RECEBENDO AJUDA DOS FAMILIARES

Minha família é bem, assim, unida. Minha mãe veio ficar comigo. Mas ele (bebê) tem todo o carinho, que minha mãe, meus irmãos, ficam o dia inteiro com ele. Não sei se é porque minha mãe veio para me ajudar, mas não estou tendo problema em cuidar dele. Assim, dificuldade não. Eu só tô achando meio complicado de madrugada, de ter que acordar de madrugada. Mas dificuldade não, porque eu também tenho minha avó que está me ajudando bastante, né. Então dificuldade mesmo eu não tô tendo não. O pai dele chega do serviço, já vai para lá. Fica junto com o nenê. O pai dá banho, quando estou atrasada, tipo, no final de semana quando ele não trabalha, ele vai para casa, se eu estou muito atrasada ele cuida do nenê, dá banho e para dar a medicação é o meu esposo, eu seguro a boquinha e ele vai pingando as gotinhas.

Nesse Discurso do Sujeito Coletivo, podemos observar que o apoio dos familiares à mãe do prematuro contribuiu para minimizar as dificuldades decorrentes das necessidades inerentes ao bebê, caracterizadas pela adaptação fisiológica ao novo ambiente. O convívio, no domicílio, com o bebê egresso de uma unidade neonatal, também, é vivenciado como um processo de adaptação dos pais. Por isso faz-se necessária uma rede de apoio informal nesta transição hospital-domicílio.

Feliciano (1999) e Gomes (1999) destacam a importância das redes de apoio para o suporte de pais de recém-nascidos prematuros. Estas redes são constituídas pelo apoio formal onde estão inseridos os profissionais de saúde, e pelo apoio informal, constituído pelos familiares, amigos e religiosos. Lopes, Mota e Coelho (2007) reforçam que o espaço domiciliar proporciona um terreno fértil para a formação de redes de apoio e de solidariedade.

Para Gomes (1999), a unidade familiar deve ser percebida, pelo profissional, desde o primeiro encontro, com o levantamento das necessidades apresentadas pela família durante o período de internação do recém-nascido prematuro até a estruturação da assistência na Unidade Neonatal. A autora reforça o fato de que a família deve ser vista como o núcleo de cuidados da enfermagem, uma vez que se insere em um sistema

de relações sociais, de ligação afetiva duradoura e que perpetua a relação de cuidado dentro de um processo histórico.

O suporte da família, verificado no Discurso do Sujeito Coletivo sob análise, desencadeia, nos pais, sentimentos de segurança favoráveis ao desempenho do cuidado. Isto se torna necessário porque os bebês prematuros precisam adaptar-se ao novo ambiente domiciliar onde não há rotinas de cuidado estabelecidas, o que o torna diferente dos momentos vividos nas unidades de internação. Esta adequação exigida pelo bebê prematuro induz a mãe a instituir novos reajustes na rotina diária, as quais afetarão e interagirão reciprocamente neste sistema de apoio.

Entendemos que a adaptação é um processo que deve ser vivenciado pelos pais; pensamos que esta deve ser iniciada precocemente na internação do recém-nascido prematuro na Unidade Neonatal, por meio do incentivo a ações que favoreçam o vínculo dos pais e, posteriormente, abarquem a inserção de novos membros da família. Desta forma intensifica-se o compromisso da rede de apoio informal no suporte à mãe/família da criança nascida prematura.

Gaíva et al.(2006) observam que, para atender às necessidades das famílias dos prematuros, é necessário envolver, como preparo para a alta, toda a rede familiar, pois, após a alta, a mãe conta com o apoio não somente dos familiares mas de amigos e vizinhos, o que contempla uma vasta rede social de apoio.

No hospital, campo de estudo, observamos a presença dos pais e de outros familiares em visita ao recém-nascido prematuro em Unidade Neonatal. Isto é possível devido à estruturação da assistência elaborada pelos serviços da instituição. No momento da alta, no mesmo hospital, observamos que a orientação é dispensada aos pais do prematuro, porém quando possível são também inseridos outros membros da família para acompanhamento das orientações. Esta estruturação na dinâmica da assistência aproxima-se do recomendado na literatura, quando enfoca a importância do apoio dispensado pelos outros membros da família para o cuidado do prematuro, no domicílio.

Bergamaschi (2007), em estudo realizado com mães adolescentes de recém-nascidos a termo, também encontrou expressa, nos relatos, a necessidade de as mães compartilharem os cuidados do recém-nascido com outros membros da família. O apoio, geralmente oferecido por avós, tias, irmãs, companheiros, dentre outros, constituía-se na rede de relações mais próxima. As mães desse estudo referiram sentir-se seguras pelo suporte recebido com a supervisão do cuidado por outros membros da família. Desta forma, esses relatos da literatura ratificam a necessidade de inserção para o cuidado do bebê prematuro de outros membros da rede familiar para participação e elaboração de seu plano de alta pela Unidade Neonatal.

Vale destacar que os relatos demonstraram que vencer os momentos críticos de vida do bebê prematuro, nos dias que sucederam o nascimento, parece dar disposição para a mãe adaptar-se ao cuidado do filho, dispensando-lhe atenção e sentindo prazer ao realizar o cuidado. Tais situações podem ser identificadas no DSC a seguir.

DSC 6: EXPRESSANDO SENTIMENTOS DE SATISFAÇÃO

Tá sendo uma experiência que eu acho maravilhosa para mim, você pode passear com ele, todo mundo fica querendo ver o nenê, sabe? É uma alegria! E ele estando lá, mudou muito, e para a gente a satisfação e felicidade é bem melhor. Porque eu já cuidei, né. Não é a primeira vez que eu cuido. Então por ele tá sendo prematuro, tá sendo bem bom para mim. Eu pensei que ia ter dificuldade...não tive não. Graças a Deus! Tá sendo tranquilo. A noite que dá um pouquinho de sono. Mas o resto é tranquilo. Tá sendo ótimo. Pra mim não tem problema nenhum. A experiência tá sendo muito boa. Não me arrependo de ter meu filho.

Podemos observar que a experiência da mãe em ter o bebê prematuro concretamente ao seu lado, fora do ambiente hospitalar, denota sentimentos de satisfação que são compartilhados junto com outros membros de sua rede social de convívio. A incerteza dos cuidados dispensados a um recém-nascido prematuro, nesse discurso, parece ter sido superada com a possibilidade da vivência real e com o desenvolvimento dos cuidados. As barreiras transpostas pela internação e as intercorrências vividas pelo recém-nascido e sua família tendem a fortificar na mãe o sentimento de satisfação por ter o filho ao seu lado e a exclusão de arrependimentos pelos momentos vivenciados no passado.

Bergamaschi (2007), em estudo realizado com mães adolescentes de recém-nascidos a termo, encontrou a mesma expressão de sentimentos de satisfação para o cuidado, porém as mães desse estudo também relataram sentimentos de ambivalência expressos por meio de euforia e estresse decorrentes da adaptação às necessidades do bebê e justificadas pelo momento de transição entre a adolescência, a gestação e o puerpério.

Por outro lado, Tronchin (2003), em estudo realizado com mães de recém-nascidos prematuros egressos de unidades neonatais, revela as condições de insegurança e de alegria expressas pelas mulheres, quando se evidencia a presença do recém-nascido, no domicílio. As vivências são únicas, e a cada momento cresce a responsabilidade para o cuidado. O convívio real leva ao estabelecimento e à intensificação do vínculo entre o recém-nascido e seus pais.

Na literatura pesquisada, esses sentimentos de satisfação estão sempre presentes nos relatos maternos, embora possa existir ambivalência nas suas expressões, desencadeadas por necessidades específicas de recém-nascidos a termo e prematuros, ou pelo próprio contexto social no qual os pais encontram-se inseridos.

Por considerar que o Hospital Estadual de Sumaré distribui às mães de bebês de alta hospitalar a Cartilha, elaborada pelo serviço, contendo informações/orientações úteis para o autocuidado e o cuidado do recém-nascido (**Anexo A**), a seguir apresentamos o DSC com as expressões-chave derivadas do tema e compiladas na estruturação do material obtido. Passamos, portanto, à apresentação do DSC que trata da Cartilha oferecida às mães na alta hospitalar do bebê da Unidade Neonatal.

DSC 7 CITANDO A CARTILHA DA UNIDADE NEONATAL

No primeiro dia eu liguei aqui (hospital) porque ele (bebê) tava tendo...eu achei que ele estava tendo diarreia, mas a pediatra falou que era normal. Como ele tava mamando bem, então era normal fazer fezes do jeito que ele tava fazendo, muito! Achei que ele tava com diarreia, mas nem cheguei a pegar a cartilha, liguei para cá. Eu queria saber das cólicas, né. E de tomar banho de sol. Lá (na cartilha) eu encontrei, mas sinceramente eu não li tudo não, eu li uns pedacinhos, assim de lavagem de roupas, dessas coisas, mas pro resto não usei não. Eu falo pro meu marido, nossa, eu fico preocupada com ele, porque ele voltava leite, eu faço de tudo para não deixar ele sozinho. Mesmo que tiver dormindo, eu tô lá. Eu falo assim: aí, eu tô aqui pra isso, né?, então eu não tive ainda tempo de pegar(a cartilha). E, o que tem lá eu já sei, então nada que tá escrito lá é segredo para mim. Mas não li a cartilha, nem deu tempo, nem precisou. Nem precisei olhar, alguma dica aí, porque tudo o que aprendi aqui (hospital) para mim serviu em casa.

A Cartilha de orientações se constitui em um dos recursos utilizados por alguns serviços para orientação da alta hospitalar do prematuro. É um material didático-pedagógico que se insere na estrutura de planejamento de alta e que compreende um instrumento que favorece o processo de educação em saúde.

O instrumento de orientações utilizado pelo hospital, campo de estudo, caracteriza-se como uma Cartilha e foi elaborado pelos profissionais de enfermagem, constituindo-se por informações relacionadas ao cuidado do recém-nascido no domicílio. As orientações nela contidas não estão voltadas especificamente ao recém-nascido prematuro, mas a todos os recém-nascidos que permaneceram internados na Unidade Neonatal e que receberam alta. Contém as informações que abrangem assuntos referentes à alimentação, às cólicas, às estratégias favorecedoras de vínculo mãe-filho, aos cuidados com a higiene, com a troca de fraldas, com o banho de sol, ao acompanhamento em ambulatorios para seguimento, à vacinação e ao agendamento para coleta de PKU. Quando há necessidade de outras orientações, estas são informadas em materiais específicos como no caso do uso de gastrostomia, cuidados com traqueostomia, dentre outros. Lembramos que três bebês prematuros deste estudo apresentavam, no

momento da alta hospitalar, refluxo gastroesofágico (dois) e discreta hidrocefalia (um).

De acordo com Fonseca (2002), as atividades de educação em saúde estabelecidas por este meio de material impresso visam a instrumentalizar os pais para a inserção no processo assistencial e no desenvolvimento de habilidades para o cuidado domiciliar da criança. Vale ressaltar que a educação em saúde não é apenas uma prática pedagógica, mas uma prática social que permite ao sujeito que a recebe refletir sobre seu papel no contexto em que se insere.

No Discurso do Sujeito Coletivo sob análise, percebemos uma dicotomia no uso do instrumento de orientação oferecido pelo serviço para consulta em domicílio, caracterizada aqui pela Cartilha elaborada pela instituição. As mães referiram que buscaram orientação diretamente do profissional para esclarecimentos de dúvidas surgidas no domicílio. Este fato não subestima o valor pedagógico da Cartilha, uma vez que as próprias mães relataram que, também, buscaram este instrumento para esclarecer dúvidas específicas surgidas, durante a permanência do bebê prematuro fora do ambiente hospitalar. Somem-se a esta situação a experiência prévia materna, no cuidado de recém-nascidos prematuros, e a falta de tempo para leitura devido às atividades no domicílio que acarretam sobrecarga de trabalho. Estas justificativas apresentadas pelas mães dos bebês prematuros demonstraram a não utilização integral da Cartilha no domicílio.

Os dados apontados acima nos remetem ao olhar sobre o valor da Cartilha oferecida à mãe do bebê prematuro, pelo serviço, o qual aponta para sua função de apoio para consulta materna, diante de situações que não requerem solução imediata.

Griffin, Abraham (2006), ao avaliarem o processo de transição do bebê da unidade neonatal para o domicílio, enfatizam pontos importantes que devem ser considerados pelos profissionais, para que os cuidadores possam desempenhar seus papéis com segurança. Os autores relatam que, frequentemente, é mínima a participação dos pais nos cuidados do bebê prematuro enquanto este se encontra na Unidade Neonatal, situação que se prolonga até a proximidade da alta hospitalar. Sua participação no cuidado e

as orientações recebidas restringem-se aos procedimentos como troca de fraldas, aferição de temperatura, banho e alimentação. Em algumas situações, quando os pais estão impossibilitados de desenvolver estes cuidados, devido às condições do recém-nascido, os profissionais devem aproveitar os procedimentos que realizam com o bebê para orientar os pais sobre os mesmos, demonstrando o cuidado.

A literatura mostra diferentes estratégias de aprendizagem apontando recursos como jogos educativos e materiais didáticos elaborados com determinado enfoque assistencial, porém, as estratégias de treinamento criadas pelos profissionais nas unidades de internação têm importância na consolidação do aprendizado dos pais para o cuidado de seus bebês, bem como para minimizar os sentimentos de ansiedade e de estresse que a alta do prematuro da Unidade Neonatal pode desencadear nos cuidadores, no domicílio (Griffin, Abraham, 2006).

O Discurso do Sujeito Coletivo a seguir foi construído com relatos discordantes dos demais, motivo pelo qual o apresentamos à parte.

DSC 8: EXPRESSANDO DIFICULDADE PARA CUIDAR DO BEBÊ PREMATURO

Eu tô achando meio difícil, porque é muito pequenininho, né? Aí eu vou trocar ele...aí meu Deus! eu demoro uma meia hora para trocar. Mas para mim é bom demais, para mim foi a melhor coisa da minha vida. Eu tenho muita paciência com ele, fico preocupada, lá em casa meu marido me ajuda muito à noite. Às vezes ele deixa eu dormir um pouco e fica com ele. Mas só a única coisa que eu acho difícil é para trocar. Ah..., eu demoro muito tempo para colocar, com medo de machucar o pezinho, a mãozinha dele... Mas para mim é uma experiência muito boa. O banho dá um pouquinho de medo porque ele (bebê) é molinho ainda, né. Mas tá sendo fácil. Às vezes fico com um pouquinho de medo. Porque é meio sensível, mas é gostoso; portanto, dar banho é meio difícil, que eu fico com medo de cair, aí ele gruda na minha blusa aqui (mostrando o local na blusa), gruda com medo de cair.

Nesse discurso podemos observar os sentimentos de medo e preocupação maternos, durante a prestação do cuidado do bebê prematuro no domicílio. A troca de roupas e o banho são cuidados que algumas mães associaram como difíceis, devido ao tamanho e à fragilidade do prematuro. Porém, a necessidade de manter a tranquilidade para desenvolver este cuidado é vista como fundamental pela mãe, para que possa atender às necessidades de cuidados do filho.

Observamos pelos relatos que a dificuldade para desempenhar os cuidados descritos acima se reflete na insegurança e é antagonizada pelos sentimentos de satisfação motivados pela presença do recém-nascido no domicílio.

Feliciano (1999), em estudo realizado com mães de recém-nascidos prematuros em São Carlos, SP, analisou as dificuldades verbalizadas pelas mães, no cuidado domiciliar dos filhos, e evidenciou que o manuseio do bebê durante o banho e a troca de roupas e de fralda foram mencionados por todas as mães participantes do estudo, tanto primíparas quanto multíparas, como a primeira dificuldade no cuidado domiciliar do prematuro. A justificativa relacionada a estas dificuldades de manuseio foi

compreendida pelo tamanho reduzido e pela fragilidade do bebê, além do sentimento de insegurança para desenvolver o cuidado sem prejuízos para o filho.

Morais, Quirino, Almeida (2009), em estudo realizado em Feira de Santana, BA, com abordagem sobre o cuidado domiciliar da criança prematura, verificaram dados semelhantes aos encontrados neste estudo, pois as mães associaram o tamanho reduzido do bebê prematuro à sua fragilidade, o que gerava dificuldades para o manuseio durante a higiene corporal e as trocas de roupas, levando a sentimentos maternos de despreparo e de incapacidade para prestar cuidados ao filho. Fato também verificado pela leitura do DSC sob análise.

Acreditamos que o medo expresso pelas mães, ao realizar os cuidados do bebê prematuro, no domicílio, poderá persistir, porém os profissionais devem intensificar ações assistenciais após avaliação individual das necessidades de cada binômio mãe-filho, ainda no ambiente hospitalar, para que os sentimentos que afloram sejam minimizados e não interfiram no cuidado do prematuro, no domicílio.

Os dados que realçam do Discurso do Sujeito Coletivo sob análise também nos levam a observar que, apesar dos sentimentos de medo e de insegurança para desempenhar alguns cuidados básicos com o recém-nascido prematuro, a ajuda do companheiro ao compartilhar os cuidados com a mãe, no domicílio, contribui para a segurança no desempenho ao prestar cuidados do bebê. A inserção gradativa dos pais no papel de cuidadores pode ser estabelecida ainda na Unidade Neonatal, para que tanto os profissionais como os pais possam identificar as necessidades de aprendizagem e de adaptação no preparo para o cuidado domiciliar do filho nascido prematuro.

7 CONCLUSÃO

Este estudo foi conduzido com 12 mães de recém-nascidos prematuros, egressos da Unidade Neonatal do Hospital Estadual de Sumaré, SP.

Os relatos maternos mostram que a condição sociodemográfica dos binômios mãe-bebê prematuro e a condição de sua moradia não emergiram como fatores impeditivos ou dificultadores para o cuidado do prematuro, no domicílio.

Por outro lado, os achados mostram que a permanência do recém-nascido, na Unidade Neonatal, depende da complexidade e da necessidade de cuidados por ele demandados, porém, o período de internação, após o parto, não variou dentre as unidades que compõem a Unidade Neonatal (Terapia Intensiva e Terapia Semi-Intensiva), a não ser pelo grau de risco exigido para permanência em cada setor.

A possibilidade de a mãe permanecer na Unidade Canguru, oferecida pelo serviço, favorece a vivência de cuidados contínuos ao filho, ainda no ambiente hospitalar, o que possibilita sua capacitação e a habilita para o cuidado no domicílio.

A dinâmica de preparo da mãe para o cuidado do filho prematuro, na Unidade Neonatal, é favorecida pela atuação dos profissionais de enfermagem envolvidos em sua assistência e é reconhecida pelas mulheres como facilitadora de sua capacitação para cuidar do bebê prematuro, no domicílio, trazendo-lhe segurança no desempenho do papel de cuidadora e favorecendo sua adaptação às necessidades do recém-nascido prematuro.

Vale destacar que apenas três bebês prematuros apresentavam agravos como hidrocefalia e doença do refluxo gastroesofágico, as quais demandam avaliações de especialistas e cuidados específicos, no domicílio, além das consultas de seguimento ambulatorial rotineiras. No entanto, estas condições clínicas não emergiram como prioridades nos DSCs resultantes

dos relatos maternos, demonstrando a segurança da mãe ao lidar com estas situações, no domicílio.

Os achados deste estudo reforçam a importância da ênfase que deve ser dada ao preparo do familiar para a alta hospitalar do prematuro e que demonstrar e orientar o cuidado, de maneira contínua, planejada e gradativa, oferece ao familiar a possibilidade e o tempo necessários para adaptar-se às condições do recém-nascido prematuro, no decorrer de seu período de internação na Unidade Neonatal.

O suporte dado pelos familiares torna-se um fator diferenciador para o auxílio desta mãe, uma vez que o apoio recebido contribui para minimizar as dificuldades na atenção às necessidades do bebê prematuro e gera o compartilhamento de sentimentos de satisfação pela presença concreta do filho, no domicílio. O apoio e o envolvimento oferecidos à mãe do prematuro pelos familiares confirmam a indispensabilidade de sua inserção cada vez mais iminente no planejamento de alta hospitalar na Unidade Neonatal.

Acresce-se que o preparo prévio à alta reduz as dificuldades percebidas pela mãe e que, gradativamente, são superadas, no ambiente domiciliar, além de propiciar maior vínculo desta com o bebê e favorecer o desempenho do cuidado, tanto no aspecto da aceitação da condição de fragilidade do filho, quanto para a continuidade da amamentação e demais cuidados da criança prematura.

O modelo de orientações fornecido pelo hospital onde o estudo foi realizado oferece duas situações específicas: a Unidade Canguru, já abordada, e a Cartilha de orientações, além das orientações contínuas em campo clínico. A Cartilha distribuída como instrumento de apoio que contém as principais orientações para reforço do cuidado do recém-nascido, no domicílio, contempla orientações gerais de cuidados com o bebê, após a alta. Neste estudo, a exclusão da criança prematura deste conteúdo não dispensou a consulta à Cartilha, realizada ocasionalmente pela mãe, no domicílio. A Cartilha mostra-se satisfatória para esclarecer dúvidas, diante de necessidades de cuidados do bebê prematuro e demais atividades inerentes à rotina familiar.

Outro fato a ser considerado é que o aleitamento exclusivo não é prioridade quando a mãe percebe que o filho prematuro não está saciado e/ou não está ganhando peso. Ela, então, acresce à alimentação da criança, a preparação láctea para favorecer seu crescimento e para saciar sua fome, pois acredita que esta se manifesta pelo choro do bebê prematuro.

O estudo evidenciou, também, um discurso discordante em relação a sentimentos de medo e dificuldades para a realização do cuidado vivenciado pelas mães, porém acreditamos que estes podem ser minimizados por ações assistenciais específicas e com foco na família, desenvolvidas pelas instituições hospitalares, com o objetivo de propiciar autonomia e segurança nos cuidados realizados pela mãe ao bebê prematuro egresso de Unidade Neonatal.

A satisfação materna ao prestar cuidados ao filho prematuro, no domicílio, associada à segurança ao assisti-lo, à preocupação com a manutenção da amamentação e ao apoio recebido de familiares indicam as condições de atendimento do binômio mãe/família-recém-nascido prematuro, na Unidade Neonatal onde o estudo foi realizado. Assim, o desempenho materno coloca em evidência a atuação do profissional, o enfermeiro em especial, no processo de atenção à mãe e ao bebê prematuro.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender a vivência da mãe no cuidado domiciliar do prematuro, após a alta hospitalar. As mães participantes mostraram-se esperançosas e satisfeitas com a alta do bebê prematuro, porém, em alguns momentos, as mesmas expressaram sentimentos de insegurança pela estrutura frágil do mesmo. Estas vivências são relatadas na literatura, quando são realizadas pesquisas com mães de bebês prematuros. Porém percebemos que as estruturas de apoio formal e informal são importantes fontes de suporte que levam à segurança da mãe para desenvolver o cuidado no domicílio.

As orientações oferecidas na Unidade Neonatal são lembradas pelas mães quando informam os cuidados que desempenham. Na maioria, eles são reproduzidos conforme foram demonstrados, porém, podem passar por modificações para adaptação às rotinas da família e às necessidades do recém-nascido. Observamos a importância das estratégias de orientações e as possibilidades de estruturação das mesmas pelos serviços. A utilização de material didático, por meio de cartilhas, a formação de grupos de apoio para discussões e esclarecimentos gerados pelo profissional no contato com os pais, bem como o fornecimento de um espaço próximo à Unidade Neonatal para o alojamento da mãe – Unidade Canguru -, são estratégias utilizadas que contribuem para a construção do cuidado iniciado no ambiente hospitalar e, posteriormente, vivenciado pela família, no domicílio.

Porém o que se evidencia é o apoio dos profissionais ainda no ambiente hospitalar. Desta forma recomendamos que as instituições invistam em treinamentos dos profissionais para fornecer suporte a estas famílias. O reconhecimento da mãe em poder desempenhar os cuidados com o bebê prematuro, no domicílio, parte dos ensinamentos oferecidos na instituição hospitalar, pelos profissionais. Este fato vem confirmar a necessidade cada vez mais precoce da presença dos pais ao prestar ou observar o cuidado do bebê prematuro, ainda no ambiente hospitalar, buscando, assim, maior confiança no desempenho do cuidado, no domicílio.

Reforçamos a necessidade dos cuidados centrados na família, que hoje se mostra como preocupação dos estudos relatados na literatura. Acreditamos na importância do planejamento de alta do recém-nascido prematuro, elaborado a partir de sua internação, de modo a possibilitar a identificação das necessidades dos pais. Assim, as dificuldades ainda presentes, relacionadas aos cuidados, poderão ser abordadas durante a permanência do prematuro na Unidade Neonatal.

A orientação sobre os cuidados pode ser ampla e específica, dependendo da necessidade de cada família e de cada bebê prematuro. Após a eleição dos cuidados adequados, medidas devem ser desenvolvidas com o intuito de assegurar à família as orientações que promovam o desenvolvimento e o crescimento satisfatórios do recém-nascido prematuro. Acreditamos que estas estratégias devam ser elaboradas pelas instituições, de modo a fornecer suporte para os familiares da criança prematura para que atendam as suas necessidades no cuidado domiciliar.

No ambiente extra-hospitalar, a vivência expressa pela mãe revela que o apoio do companheiro e dos demais familiares do recém-nascido prematuro são essenciais para a construção da autonomia materna no cuidado do bebê prematuro. Este apoio é descrito, também na literatura, como suporte essencial para os pais destes recém-nascidos.

Vimos que a vivência da mãe do prematuro reflete seus esforços, iniciados ainda no ambiente hospitalar, para a capacitação ao prestar cuidados, no domicílio. Conhecer as necessidades da família e a adaptação às condições de cuidado favorece seu treinamento. Deste modo torna-se necessário aliar estratégias para a condução do processo de transição (hospital-domicílio) por meio da viabilização de orientações aos pais e do treinamento do profissional de saúde na condução do aprendizado transformador.

Para favorecer o desempenho do cuidador do bebê prematuro no domicílio, a Unidade Neonatal deve favorecer aos profissionais nela atuantes, a possibilidade de levantamento das necessidades individuais de cada dupla mãe-recém-nascido prematuro, de modo a assisti-la com base em suas

próprias dificuldades no cuidado, na adaptação ao processo de amamentação e na criação do vínculo entre ambos.

Como mais uma contribuição dos resultados deste estudo, reafirmamos nossa crença de que a manutenção de uma unidade semelhante à Unidade Canguru, como integrante do processo de atenção ao recém-nascido prematuro, possibilita o desenvolvimento de habilidades e o envolvimento materno no atendimento das necessidades da criança nesta condição, durante a internação e, posteriormente, no domicílio. Neste processo, sugerimos a inclusão do oferecimento de uma Cartilha de orientações para que seja consultada, pela mãe, quando, no domicílio, surgirem dificuldades relacionadas ao cuidado do recém-nascido prematuro.

REFERÊNCIAS

Äkerström S, Asplund I, Norman M. Successful breastfeeding after discharge of preterm and sick newborn infants. *Acta Paediatr.* 2007;96(10):1450-4.

Azevedo M, Mendes ENW. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(1):68-75.

Barreira SMC, Machado MFAS. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. *Acta Scientiarum. Health Sci.* 2004;26(1):11-20.

Bergamaschi SFF. A vivência da puérpera-adolescente com o recém-nascido, no domicílio [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual técnico. Brasília; 2002.

Bousso RS, Ângelo M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. *Rev Esc Enferm USP.* 2001;35(2):172-9.

Cabral FE, Moraes JRMM, Santos FF. O egresso da Terapia Intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados especiais. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2003;7(2):137-40.

Feliciano RAF. Rede de apoio social utilizada pelas mães de bebês prematuros e de baixo peso egressos de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no município de São Carlos-SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.

Fonseca LMM. Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

Fonseca LMM, Scochi CGS, Mello DF. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2002;10(2):166-71.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.

Gaíva MAM, Neves AQ, Silveira AO, Siqueira FMG. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. REME Rev Min Enferm. 2006;10(4):387-92.

Gomes MMF. As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI Neonatal: construindo possibilidades de cuidado [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 1999.

Griffin T, Abraham M. Transition to home from the newborn Intensive Care Unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. J Perinat Neonat Nurs. 2006;20(3):243-9.

Isaacson LJ. Steps to successfully breastfeed the premature infant. Neonatal Netw. 2006;25(2):77-86.

Kimura AF. A construção da personagem mãe: considerações teóricas sobre identidade e papel materno. Rev Esc Enferm USP. 1997;31(2):339-43.

Lamy ZC, Gomes R, Carvalho M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. J Pediatr (Rio J). 1997;73(5):293-8

Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro; 2005. (Série pesquisa, 12).

Lopes TC, Mota JAC, Coelho S. Perspectivas de um programa de internação domiciliar neonatal no Sistema Único de Saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007;15(4):23-8.

Mancini BPG, Meléndez GV. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. J. Pediatr (Rio J). 2004;80(3):241-8.

Martinez FE, Camelo JS. Alimentação do recém-nascido prematuro. J Pediatr (Rio J). 2001;77(Supl.1):S32-S40.

Martinez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em Unidade Neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007;15(2):51-9.

Mccourt MF, Griffin CM. Comprehensive primary care follow-up for premature infants. J Pediatr Health Care. 2000;14:270-9.

Mello DF, Rocha SMM. Assistência de enfermagem a crianças prematuras: uma revisão da literatura sobre o seguimento. Rev Bras Enferm. 1999;52(1):14-21.

Morais AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança prematura no domicílio. Acta Paul Enferm. 2009;22(1):24-30.

Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S163-S172.

Pizzato MG, Da Poian VRL. Enfermagem neonatológica. 2ª ed. Porto Alegre: Editora da Universidade; 1985.

Püschel VAA. Abordagem construtivista no desenvolvimento de competências psicossociais para a assistência domiciliar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Pursley DM, Cloherty JP. Avaliação do recém-nascido: Identificando o recém-nascido de alto risco e avaliando idade gestacional, prematuridade, pós-maturidade e os recém-nascidos grandes para a idade gestacional e os pequenos para a idade gestacional. In: Cloherty JP, Stark AR. Manual de neonatologia. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p. 32-54.

Rego JD. Reanimação Neonatal. São Paulo: Atheneu; 2004.p.44.
Rugolo LM. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. J Pediatr (Rio J). 2005;81(1 Supl):S101-S110.

Scherf RF, Reid KW. Going home: what NICU nurses need to know about home care. Neonatal. Netw. 2006;25(6):421-5.

Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003;11(4):539-43.

Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(4):597-605.

Shimoda GT. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. [tese] São Paulo; Escola de Enfermagem da USP: 2009

Tronchin DMR. A experiência de tornarem-se pais de recém-nascidos prematuros [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):507-14.

Venâncio SI, de Almeida H. Método Mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S173-S180.

Apêndice 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora:

Eu, Fabiane Ferreira Couto, enfermeira, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou realizando a pesquisa: “A vivência de mães no cuidado domiciliar de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar” que será minha dissertação de mestrado.

Esta pesquisa pretende verificar as necessidades da mãe ao cuidar do bebê prematuro em casa. Para isso farei uma entrevista com a Senhora em sua casa. Gostaria que a entrevista fosse gravada e para isso preciso de sua autorização. Seu nome não aparecerá no estudo e o que a Senhora disser será de conhecimento somente meu. Se quiser, a Senhora pode não participar ou deixar de responder às perguntas a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo no tratamento do seu filho no hospital. Este trabalho será apresentado em eventos e publicado em revistas científicas.

Em caso de dúvidas, a Senhora poderá entrar em contato comigo pelo telefone: (0xx19) 32310138 ou (0xx19) 81778367, ou com o Comitê de Ética do Hospital no telefone: (0xx19)38838900 ramal 4938.

Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma ficará com a Senhora e a outra comigo.

Eu,.....(Nome do participante), concordo em participar deste estudo.

Data ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE 2- ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nº do formulário _____

Iniciais maternas _____

Data: ____/____/2008

Parte I: Dados de identificação da mãe:

1. Idade: ____ anos

2. Escolaridade _____

3. Renda familiar mensal: Valor R\$ _____

4. Moradia própria ()
 Alugada ()

5. Situação conjugal: com companheiro ()
 sem companheiro ()

6. Tipo de parto: normal () cesárea () fórceps ()

7. Nº de filhos vivos: _____

8. Já cuidou de RN anteriormente: sim () não ()

9. Cuidados que prestou: banho () trocas ()
 curativo do coto ()

Parte II: Dados do recém-nascido prematuro:

10. Peso ao nascer _____g

11. Idade gestacional ao nascimento _____ semanas
(Método Capurro)

12. Apgar: 1º minuto _____ 5º minuto _____

13. Tempo de internação na unidade (em dias): UTIN _____
Semi-intensiva _____ Data da alta ____/____/2008

14. Número de dias em que a mãe permaneceu na Unidade Canguru

15. Situação na alta:

16. Encaminhamentos após a alta:

Ambulatório de enfermagem sim() não()

UBS sim () não ()

Vacinação sim () não ()

Ambulatório de especialidades sim () não ()

Outros encaminhamentos sim () não ()

Caso resposta afirmativa, Clínica: _____ Onde: _____

Parte III: Dados do domicílio:

17. Abastecimento de água:

Rede pública () Poço () Outros ()

18. Tipo de casa:

Tijolo () Madeira () Material aproveitado () Outros _____

19. Destino do lixo:

Coleta pública () Queimado/enterrado () Céu aberto ()
Outros _____

20. Destino de fezes/urina:

Sistema de esgoto () Fossa () Céu aberto ()

21. Tratamento de água no domicílio:

Filtração () Fervura () Cloração () Sem tratamento ()

22. Energia Elétrica:

Sim () Não ()

ANEXO A-CARTILHA

ORIENTAÇÃO DE ALTA

Nome da Mãe:

1. Alimentação

O leite materno é um alimento completo, possuindo proteínas, açúcar, gordura, enzimas, vitaminas, ferro, anticorpos, enfim, tudo o que seu bebê precisa, por isso seu bebê deve mamar sempre que quiser e o quanto quiser, e fique tranqüila, pois conforme o bebê mama há liberação de hormônios que estimulam a produção e liberação de leite.

É importante saber que o bebê não chora só de fome, mas também de cólica, frio, calor, medo e por estar com as fraldas “cheias”.

Após as mamadas o bebê **não** deve ficar com a barriga para cima para evitar que apresente vômito e aspire.

Quanto a alimentação da mãe que amamenta, só é necessário que aumente a ingestão de líquidos (água, suco, leite), evite álcool e cigarros e não exagere no chocolate, café, chá preto e produtos lights e adoçantes.

2.Cólicas

No primeiro e segundo mês de vida as cólicas podem ser freqüentes, e para diminuí-las, é importante que você não esqueça de fazer o bebê arrotar após cada mamada. Posicionar o bebê de barriga para baixo também pode ajudar.

O que pode piorar e não deve ser feito de forma nenhuma, é o oferecimento de chazinhos, pois pode piorar a fermentação e produzir mais gases piorando a cólica.

3.Estímulos e Carinho

O desenvolvimento é um processo de aprendizagem ocorre junto ao desenvolvimento do Sistema Nervoso e pode ser percebido pela aquisição de habilidades motoras mentais e sociais básicas como: resmungar, sorrir, piscar,

andar, reconhecer pessoas, vozes, sons... Para incentivar o desenvolvimento do bebê, é preciso que ele seja estimulado.

Estímulos, são atos realizados por adultos que incentivam uma resposta da criança, então, para estimular seu bebê, você pode: Conversar com ele, acariciá-lo, sorrir, colocar músicas, colocar figuras coloridas próximas ao berço... enfim use seu instinto materno para que seu bebê se desenvolva.

Ah, também é importante que você saiba, que durante a amamentação, o bebê é muito estimulado, sentindo seu cheiro, ouvindo seu coração e recebendo carinho e atenção.

4. Higiene Oral e Nasal

Embora o bebê ainda não tenha dentinhos, sua boca deve ser limpa com a pontinha de uma fralda de pano e água filtrada ou fervida.

Devem ser limpas com o dedo indicador envolvido na pontinha da fralda, as gengivas e língua, evitando o acúmulo de leite, o desagradável "cheirinho de azedo" e a ocorrência de sapinho.

5. Higiene do Coto Umbilical

O coto umbilical deve ser limpo com um cotonete embebido em álcool a 70% a cada troca de fraldas, se ainda houver.

6. Troca de Fraldas

As fraldas devem ser trocadas em média a cada 4 horas, ou quando muito molhadas e sempre que estiver com fezes. Ao trocar a fralda limpe a região com algodão ou fralda de pano e água morna, respeitando o sentido: "de frente para trás".

A assadura, decorrente do grande número de evacuações que a criança apresenta, necessita do uso de óxido de zinco a cada troca de fraldas.

7. Higiene Corporal ou Banho

O momento do banho deve ser um momento prazeroso para você e para o seu bebê, para isso é importante estar atenta para algumas dicas:

O **local** do banho (quarto ou banheiro) deve estar com portas e janelas fechadas, sem correntes de ar.

Antes do início do banho deixe preparado: sabonete, roupa, toalha e fralda.

A **temperatura** da água da banheira deve ser morna e deve ser testada na região abaixo do pulso, na parte de baixo do braço.

O **sabonete** a ser usado deve ser neutro, de preferência branco ou transparente.

Retirar a roupa do bebê para o banho, se o bebê estiver com coco, limpe o bumbum com um pano úmido antes de colocá-lo na banheira. Então, coloque o bebê delicadamente na banheira, segurando-o firmemente e comece a lavá-lo.

Não se esqueça que durante o banho o bebê pode sentir-se inseguro por estar sem roupa, você deve falar com ele e trazer conforto e segurança.

Seque as dobrinhas do bebê cuidadosamente, e não faça uso de talco, pois ele pode causar alergia ou sufocar o bebê. Coloque roupas confortáveis na criança e não prenda os braços e pernas para que ele tenha liberdade para se movimentar.

Em dias frios é recomendado dar o banho ao meio dia (horário mais quente do dia). Em dias muito quentes, pode-se realizar o banho duas vezes ao dia.

Nunca deixe o bebê sozinho na banheira ou trocador!

8. Roupas

Esteja atenta às roupas de seu bebê:

Vista-o de acordo com a temperatura ambiente, caso esteja frio agasalhe-o; caso esteja calor, vista-o com roupinhas leves de algodão.

Dê preferência às roupinhas de algodão, pois são mais confortáveis e causam menos alergias.

As roupinhas **não** devem ser lavadas com sabão em pó, pois este deixa resquícios na roupa e pode causar alergia na pele do bebê. Por isso prefira detergente ou sabão em pedra neutro e enxágüe com água em abundância.

Evite o uso de produtos químicos (sabão em excesso e também amaciantes de roupa), pois eles aderem as roupas e podem causar alergias quando em contato com a pele das crianças.

Para enxaguar as roupinhas e deixá-las mais macias, acrescente uma colher (de sopa) de vinagre para cada 1 litro de água.

É importante que as roupas sejam secadas ao sol e sempre passadas a ferro para eliminar possíveis micróbios que ali estavam.

9. Banho de Sol

O Sol é importantíssimo para todos os seres vivos, até o bebê deve ser exposto ao sol diariamente, por até cerca **15 minutos**, nos horários: **entre 9 e 10 horas da manhã ou entre 16 e 17 horas da tarde**. (Durante o horário de verão os horários deverão ser entre 10 e 11 horas da manhã e entre 17 e 18 horas)

A exposição ao sol evita doenças como o raquitismo (pois o sol é necessário para a produção de vitamina D) e **dermatite de fraldas** (vermelhão na região encoberta pela fralda).

Colocar o bebê sem roupa exposto ao sol, protegendo seu rosto, pois ele é irritante para os olhos. Aumentar gradativamente o tempo de exposição do

bebê ao sol, chegando até cerca de 15 minutos. Observar a reação da pele e se houver vermelhidão e suor, reduzir o tempo de exposição.

10. Acompanhamento e Vacinação

Durante o primeiro ano de vida, seu bebê é ainda muito frágil e deve ser acompanhado de perto por um pediatra. Este acompanhamento pode ocorrer tanto no ambulatório deste hospital quanto no Centro de Saúde. Assim o bebê deve ser levado para o acompanhamento em todas as consultas marcadas, mesmo que o bebê esteja bem, pois será realizado o controle de crescimento e desenvolvimento.

Como já foi dito antes, a amamentação protege o bebê contra uma série de doenças, mas existem doenças como: *poliomielite, tuberculose, hepatite B, rubéola, caxumba, sarampo, gripe, febre amarela, coqueluche, difteria, tétano*; que, para enfrentá-las, a criança deverá ser levada ao Centro de Saúde para receber vacinas, ao completar:

•2 quilos	•2 meses	•9 meses
•1 ano e 3 meses	•6 anos	•10 anos

11. Coleta de PKU

RN foi submetido a coleta de PKU em 18/11/2008 (1ª. Coleta) devendo procurar o Centro de Saúde mais próximo da residência em 13/04/2009 para a recoleta.

OBS: Mãe orientada e realizando todos os cuidados com segurança.

Atenciosamente

Enfermeira

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE PESQUISA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 11/06/08.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 347/2008 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0281.0.146.146-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "A VIVÊNCIA DO CUIDADO DOMICILIAR DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS APÓS ALTA HOSPITALAR".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Neide de Souza Praça

INSTITUIÇÃO: Hospital Estadual de Sumaré / UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/04/2008

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 27/05/09 (O formulário encontra-se no site acima)

II - OBJETIVOS

Conhecer a vivência da mãe de recém-nascido prematuro egresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com relação aos cuidados do bebê no domicílio.

III - SUMÁRIO

Estudo qualitativo com mães cujos recém-nascidos prematuros permaneceram internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e que receberam alta da referida unidade. Serão incluídas no estudo mães com idade acima de 18 anos, residentes no mesmo município do hospital e com recém-nascidos prematuros com até 37 semanas de idade gestacional ao nascimento, com peso de alta entre 1800 e 2000g. Para condução do estudo será utilizada a "história oral temática" e para coleta de dados serão utilizadas entrevistas que serão gravadas e transcritas, analisadas e realizada a transcrição. O projeto apresenta orçamento, cronograma de atividades e o TCLE.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto encontra-se adequado a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE PESQUISA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

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

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

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

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

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

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

VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de maio de 2008.

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

ANEXO C- AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA DA UNIDADE NEONATAL

Sumaré, 25 de março de 2009.

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa

Comunicamos que a realização do projeto de pesquisa intitulado **“VIVENCIA MATERNA DO CUIDADO DO RECEM-NASCIDO PREMATURO, NO DOMICILIO”**, de **Fabiane Ferreira Couto**, foi devidamente aprovado pela Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital Estadual Sumaré.

Cordialmente,

Dra. Dulce Maria Toledo Zanardi.
Centro de Ensino e Pesquisa

Centro de Ensino e Pesquisa