

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Sentidos Atribuídos aos Cuidados Domiciliares pelas Mães de Recém-Nascidos Egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ”

por

Marly Beserra de Castro Siqueira

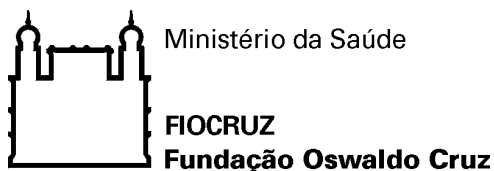
*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



Rio de Janeiro, setembro de 2008.

Esta dissertação, intitulada

“Sentidos Atribuídos aos Cuidados Domiciliares pelas Mães de Recém-nascidos Egressos de Unidade de Terapia Neonatal”

apresentada por

Marly Beserra de Castro Siqueira

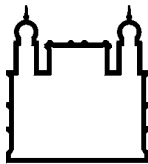
foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Duarte Pereira

Prof.^a Dr.^a Maria Elisabeth Lopes Moreira

Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias- Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 29 de setembro de 2008.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

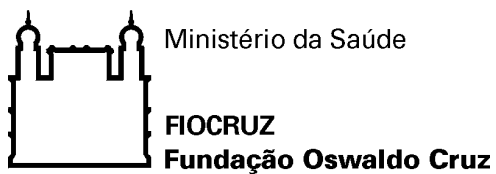


A U T O R I Z A Ç Ã O

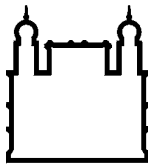
Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 29 de setembro de 2008.

Marly Beserra de Castro Siqueira



*À minha família :
Heitor (esposo)
Ricardo (in memorium) e Teresinha(pais)
Suely e Nalmy (irmãs)
Rilder e Gabriela (irmão e cunhada)
Tios, primos e amigos
Verdadeiros sustentáculos e
combustíveis essenciais para
a conclusão desta obra.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



AGRADECIMENTOS

A trajetória deste caminho denominado Mestrado, foi percorrida na história da minha vida, pautado de informações, conhecimentos, solidariedade, amizade e doação. Além do produto concreto, “A Dissertação”, com certeza o fruto mais saboroso que ele me proporcionou consistiu na oportunidade de criar e estreitar relações interpessoais, não só no próprio curso, como na realização operacional da pesquisa de campo, como na coleta, análise e organização dos dados.

Tenho muito a agradecer e tentarei fazê-lo com muita alegria pois a participação e colaboração de tantas pessoas se mostraram essenciais para a edificação desta obra. A Deus, fonte maior do meu saber.

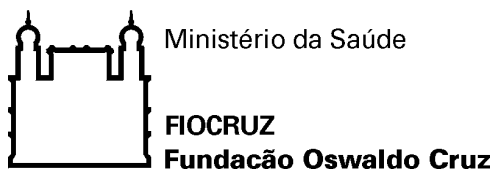
Ao Professor e Doutor Marcos Augusto Bastos Dias por seu empenho e dedicação, sempre disponível, sabendo conduzir, com paciência e maestria, a evolução deste estudo. Não há adjetivos para qualificá-lo, nem variável que mensure o apoio recebido deste amigo orientador.

Às Coordenadoras do Mestrado, Inês Mattos e Silvana Granado, pelo zelo e presença freqüentes em nossas vidas em todo o transcurso desta Pós-Graduação. Elas que representam todo o corpo docente, nos proporcionando dias agradáveis de crescimento científico, de entrosamento com os colegas, de enfrentamento dos desafios, intercalados por momentos de descontração e alegria.

À Dra. Elsie Sobreira, amiga e contemporânea de Faculdade, pelo dinamismo, perseverança, paciência e amor que você nos acolhia tanto nos momentos de acalmia como naqueles de turbulência. Você sempre estava disponível para ajudar, intervir e ouvir todas nós.

Às Dras. Elizabeth Lopes e Suely Deslandes pela oportunidade concedida para o enriquecimento do saber e pela honra de tê-las como integrantes da banca de avaliação do conteúdo de minha Dissertação.

À Dra. Anamaria Cavalcante, pela recepção sincera na Escola de Saúde Pública, ao proporcionar um curso de alto nível a todos nós e aplicar seu Módulo sobre o SUS com sabedoria, inovação e arte.



À Dra Lúcia Duarte, a amiga, presente que Deus me ofertou neste Mestrado, revelando-se fonte de luz, bonança e conhecimento. Além disso, dotada do dom de ajudar e doar-se às pessoas, sempre aberta para ouvi-las, ensiná-las e apoiá-las.

Às amigas Sandra Solange Leite, Solange Paiva e Ana Célia Holanda, pelo incentivo que me forneceram para o meu ingresso neste Mestrado. À Ana Célia, particularmente, pela maneira afetuosa que me acolheu no ambulatório, auxiliada por sua equipe, constituída pelas funcionárias Luiza, Iolanda e Fátima, que muito me ajudaram na execução das entrevistas com as mães, as pedras preciosas desta pesquisa.

Aos médicos que estiveram na Direção do Hospital Geral Dr. César Cals no transcurso deste Mestrado e que permitiram que este trabalho fosse executado: Ernani Ximenes (irmão de coração), Eliezer Arraes e Valdy Menezes.

Aos colegas e amigos Anastácio Queiroz, Robério Leite e Fátima Maia pelo caloroso apoio que me deram ao erigir verdadeira muralha humana de suporte e de retaguarda para a conclusão deste curso e de sua conseqüente Dissertação.

Aos amigos Celson Maia, Cláudia Oliveira e Elizete Pereira, pelo afeto, disponibilidade e firmeza em me ajudar na organização da defesa e na coleta de dados para que este trabalho acontecesse.

Aos amigos Welton Rios e Lúcio Flávio pelas valiosas contribuições na revisão das referências e no preparo da sonhada apresentação da defesa deste Mestrado.

À Valéria Barroso, pelo auxílio concedido para o incremento e qualificação do meu referencial bibliográfico.

Aos meus colegas de turma, pela grande corrente de amizade que foi confeccionada, que, com certeza, suportarão as intempéries do tempo. Foram muitos os momentos de alegria, aflição e aprendizado que juntos convivemos e computamos nessa jornada do Mestrado.

A todos os funcionários que trabalham na Escola de Saúde Pública do Ceará, pela atenção, dedicação e paciência conosco, no decorrer da nossa caminhada neste curso.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que esta página da minha vida fosse virada com o doce sabor de vitória.

O amor é paciente

O amor é prestativo

Não é invejoso, não se ostenta,

Não se irrita, não guarda rancor.

Não se alegra com a injustiça,

Mas se regozija com a verdade.

Tudo desculpa, tudo crê,

Tudo espera, tudo suporta.

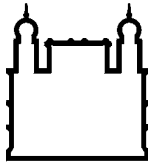
1 Coríntios 13, 4-7.



RESUMO

Os cuidados perinatais melhoraram nas últimas décadas, após um progresso acelerado de tecnologias, seguido da qualificação dos profissionais envolvidos na assistência à gestação de risco e aos neonatos atendidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal. Com isso, crianças com peso ao nascer cada vez menor estão sobrevivendo sem, no entanto, significar qualidade de vida para esses bebês. Este estudo objetivou conhecer a percepção das mães dos recém-nascidos egressos de UTI Neonatais sobre as dificuldades cotidianas na realização dos cuidados com seus bebês. Neste sentido a metodologia qualitativa utilizada na realização desta pesquisa mostrou a importância de suas ferramentas para trazer à tona os aspectos próprios da subjetividade de cada uma das mulheres entrevistadas. Esta pesquisa ouviu 21 mães de crianças que nasceram com peso abaixo de 1500 gramas, em um hospital público terciário de Fortaleza, no período de setembro a dezembro de 2007, selecionadas no Ambulatório de Seguimento de egressos da UTI Neonatal, no período de novembro de 2007 a março de 2008. Os resultados mostraram a vivência de mulheres que passaram pela experiência traumática do parto prematuro, permeada por conflitos internos e sofrimentos. Foram avaliadas suas percepções sobre o acolhimento e assistência dispensados pelos profissionais de saúde do hospital durante a internação de seu bebê, bem como após a alta hospitalar. Evidenciou-se a necessidade de uma maior organização da assistência pré-natal e de sua articulação com os serviços de maternidade de referência promovendo uma atenção integrada e de qualidade à estas gestantes de risco. Ressalta-se também, a importância de se investir no preparo dos profissionais de saúde para lidar com as famílias dos prematuros, no fornecimento de apoio, ensino e capacitação sistematizados sobre as necessidades de seus bebês. O produto dessas ações seria o empoderamento dessas famílias para alta hospitalar que poderia ser fortalecido pela implementação do acompanhamento domiciliar do bebê por equipe multidisciplinar. Aponta para a necessidade de um maior investimento por parte do poder público, para viabilizar o acesso desses bebês à rede ambulatorial especializada de saúde bem como a disponibilização de recursos extras que garantam a nutrição adequada dessas crianças. É imprescindível a incorporação da noção de integralidade do cuidado bem como da humanização da relação para contemplar o manejo efetivo da complexidade do problema aqui exposto e tornarem efetivas as ações dirigidas a essa clientela.

Palavras-Chave: UTI Neonatal, mães de prematuros, cuidado neonatal, cuidado profissional, humanização do cuidado.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

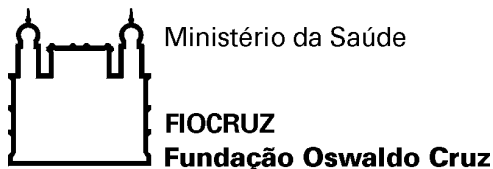
ABSTRACT

The perinatal care has improved in recent decades, after an accelerated progress of technology, followed by the qualification of professionals involved in assisting at-risk pregnancy and newborns treated in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Thus, even more children with very low birthweight are surviving; however, it doesn't mean good quality of life for these babies. The aim of this study was to ascertain the perception of mothers of newborns discharged from the NICU on the everyday difficulties in caring for their babies. In this sense the qualitative methodology used to conduct this research showed the importance of its tools to bring to light aspects of the subjectivity of each woman who were interviewed. For this research, 21 mothers of children who were born weighing less than 1,500 grams, in a tertiary public hospital in Fortaleza, between September and December 2007, were interviewed. The results showed the feeling of women who went through the traumatic experience of premature birth, permeated by internal conflicts and sufferings. We evaluated their perceptions about the reception and assistance provided by health professionals of the hospital during the hospitalization of her baby, and after hospital discharge. It became evident that there is a need for greater organization of prenatal care and its linkage with the maternity services of reference to promote an integral assistance of good quality to these pregnant women at risk. It was also emphasized the importance of investing in the preparation of health professionals to deal with the families of premature infants, providing support, education and systematic training on the needs of their babies. The result of these actions would be the empowerment of these families to hospital discharge which could be strengthened by implementing a service of home care for the baby by a multidisciplinary team. It pointed to the need for greater investment by the government, to facilitate the access of these babies to specialized outpatient health services and the provision of extra resources to ensure adequate nutrition to these children. It is essential to incorporate the notion of integrality of the care and the humanization of the relationship to include the effective management of the complexity of the problem exposed here and to make effective the actions directed to that patient.

Key words: Neonatal Intensive Care Unit, mothers of premature infants, neonatal care, professional care, humanization of care

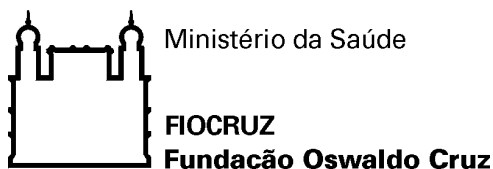
SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 A mortalidade infantil.....	15
2.2 As novas tecnologias na atenção neonatal.....	16
2.3 O cuidado do recém-nascido após a alta hospitalar.....	20
3 OBJETO DO ESTUDO.....	22
4 OBJETIVOS.....	23
4.1 Geral.....	23
4.2 Específicos.....	23
5 JUSTIFICATIVA.....	24
6 METODOLOGIA DO ESTUDO.....	25
6.1 Desenho do estudo.....	25
6.2 Local do estudo.....	26
6.3 Sujeitos.....	27
6.3.1 Critérios de inclusão.....	27
6.3.2 Critérios de exclusão.....	27
6.4 Técnicas de coleta de dados.....	28
6.5 Análise dos dados.....	29
6.6 Ética e pesquisa.....	31
7 RESULTADOS.....	32
7.1 Caracterização dos sujeitos.....	33
7.2 Apresentação das categorias/núcleos temáticos.....	37
7.2.1 A gestação complicada e o parto prematuro.....	37
7.2.2 A separação do filho e a internação nas diferentes unidades neonatais.	42
7.2.3 As expectativas sobre a equipe e a alta hospitalar e os cuidados domiciliares com o bebê.....	46
8 DISCUSSÃO.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES.....	75
Apêndice I – Roteiro para as entrevistas com as mães.....	76
Apêndice II – Coleta de dados.....	78
Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	79
Apêndice IV – Termo de compromisso para uso de dados.....	81
Apêndice V – Declaração de anuência.....	82
ANEXO.....	83
Anexo I – Parecer CEP/ENSP.....	84
ARTIGO.....	85



LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Internamentos e óbitos dos recém-nascidos, por faixa de peso, no hospital sede da pesquisa e número de internações na U.M.R., na U.T.I. e na Enfermaria Canguru, de setembro a dezembro de 2007.....	33
Tabela 2.	Características sociodemográficas das mães dos recém-nascidos de Muito Baixo Peso ao Nascer que compareceram ao ambulatório de egressos da UTI Neonatal de um hospital público de Fortaleza, 2007-2008.....	34
Tabela 3.	História obstétrica e dados de internação das mães dos recém-nascidos envolvidos na pesquisa realizada num hospital público de Fortaleza, 2007-2008.	35
Tabela 4.	Caracterização dos recém-nascidos envolvidos na pesquisa realizada num hospital público de Fortaleza, 2007-2008.....	36



1 INTRODUÇÃO

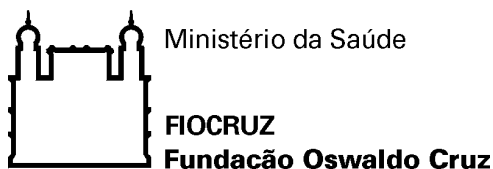
Ao longo do último século, as taxas de mortalidade infantil vêm diminuindo em todo o mundo, por uma série de medidas de intervenção primária, como o controle das doenças infecto-contagiosas, das diarreias e da desnutrição e o apoio e o estímulo ao aleitamento materno exclusivo.

No Brasil, a mortalidade infantil ainda permanece acima da média encontrada em países desenvolvidos, embora tenha sofrido importante redução nos últimos anos. Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) ¹, houve uma diminuição desta taxa no período de 1990 a 2005, baixando de 50 ‰ para 31‰ nascimentos.

Na Região Nordeste, o Estado do Ceará tem se destacado pela importante redução deste indicador após a implantação de políticas públicas eficazes com foco na atenção primária, obtendo, em 17 anos, uma diminuição de, aproximadamente, 77% ².

Ao analisar mais detalhadamente o quadro de redução da mortalidade infantil, verifica-se que ela não ocorreu de maneira uniforme em seus diferentes componentes, pois a mortalidade neonatal foi aquele que apresentou menor queda ao longo dos últimos anos ³. Estimativas mais recentes indicam que a mortalidade neonatal é responsável, atualmente, por 60% da mortalidade no primeiro ano de vida ⁴.

Nas últimas décadas, houve um grande investimento nos serviços públicos de saúde em tecnologia e treinamento de recursos humanos, com a criação e a ampliação de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatais, reduzindo os índices de mortalidade neonatal ⁵. Como resultado deste investimento, atualmente mais bebês de baixo peso e prematuros estão sobrevivendo ⁶. Estes recém-nascidos sofrem, durante seu período de internação, tanto pelos procedimentos dolorosos e excessivos nos ruidosos ambientes das referidas Unidades Neonatais como pela separação de suas mães ⁷. Entretanto, a sobrevivência não significa, necessariamente, qualidade de vida para esses bebês. Grande parte desses sobreviventes apresenta seqüelas importantes como



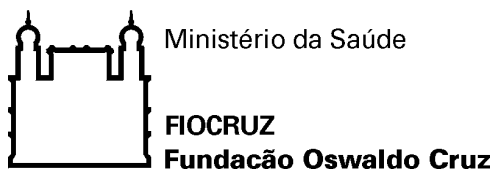
alterações neurológicas, psíquicas, motoras e pulmonares crônicas e necessitarão de maior assistência dos serviços de saúde a longo prazo.

O nascimento desses bebês prematuros provoca uma mudança radical na dinâmica familiar em que as mães passam a acumular uma sobrecarga ainda maior de responsabilidades, assumindo a função desafiadora de mãe-acompanhante. Na verdade, a família recebe o forte legado de administrar sentimentos, rotina laboral e do lar além dos diversos ônus materiais e psíquicos que acarretam a chegada precoce e especial desses recém-nascidos.

Novas técnicas de cuidado têm sido desenvolvidas nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais para proporcionarem uma maior convivência com a família e reduzirem o tempo de permanência hospitalar dessas crianças. Impôs-se a necessidade de oferecer uma atenção mais humanizada, envolvendo o recém-nascido, sua família, os profissionais de saúde e o ambiente das unidades neonatais ⁸.

Um exemplo dessas novas técnicas é o Método Canguru conhecido mundialmente por se constituir num modelo de assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Proporciona ao bebê uma maior interação com sua família, associada a toda assistência que lhe é dispensada pela equipe de profissionais de saúde e, também, à segurança tecnológica ⁹. Esse método promove um maior vínculo mãe-bebê, garantindo calor e leite materno essenciais para uma sobrevivência com maior qualidade de vida ⁸.

A alta dos bebês para casa, no entanto, demanda, da família, uma série de cuidados especiais inerentes aos recém-nascidos de risco, como os referentes à higiene, à alimentação e à rotina diária de cuidados ¹⁰. As famílias dessas crianças passam a incorporar, em seu orçamento, os custos de mantê-las num seguimento multidisciplinar ambulatorial, pois elas estão sujeitas a reinternações frequentes, a programas de reabilitação e utilização de medicamentos de alto custo por longo prazo. No Brasil, a maioria desses sobreviventes é oriunda das classes sócio-econômicas mais desfavorecidas que sofrem pela dificuldade de acesso e a restrita oferta de serviços

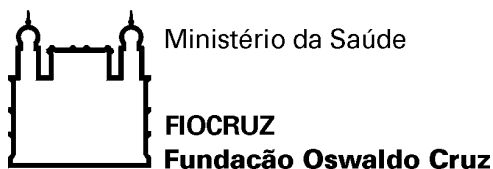


públicos qualificados para assistência a essa clientela ¹¹. Os serviços de saúde, em diversos países têm investido na capacitação dos pais para proverem estes cuidados aos seus bebês, mantendo, diante desta difícil tarefa, a melhor saúde mental possível ¹².

A avaliação dos custos financeiros associados à assistência desses bebês também é uma questão importante. Stevenson et al. ¹³ evidenciaram, em estudo de base populacional em Mersey, na Inglaterra, que crianças nascidas com baixo peso apresentaram duas vezes mais internações hospitalares do que as do grupo controle até a idade de oito a nove anos. Dados estatísticos obtidos pelo Departamento de Saúde Pública de Massachusetts, Estados Unidos da América (EUA), no período compreendido entre julho de 1999 e junho de 2000, mostraram um custo médio de U\$ 5.393 por prematuro de 24 a 31 semanas de gestação comparados com recém-nascidos a termo cujo custo médio foi de U\$ 725 ¹⁴.

A condição social da família dessas crianças, o suporte que tiveram durante a internação hospitalar, a preparação para os cuidados domiciliares após a alta e o apoio que terão do serviço de saúde no seguimento ambulatorial foram fatores determinantes na saúde e qualidade de vida futura desses bebês ¹⁵.

Com isso, demonstra-se a necessidade de se compreender os sentidos atribuídos aos cuidados domiciliares pelas mães de recém-nascidos egressos de unidade de terapia intensiva neonatal. Conhecer suas vivências e experiências desde o período gestacional, os difíceis momentos diante do parto prematuro, a realidade de ter um filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal culminando com a alta hospitalar, quando passam a assumir plenamente os cuidados domiciliares de seus filhos e a responsabilidade pelo seguimento ambulatorial especializado dos mesmos.



2 MARCO TEÓRICO

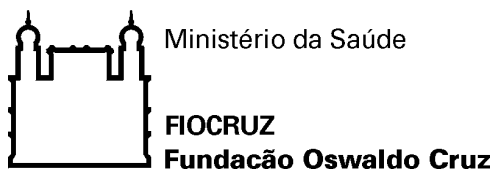
2.1. A mortalidade infantil

Muitos países obtiveram importantes avanços na execução de suas políticas públicas de saúde, dentre elas a redução das taxas de mortalidade infantil. Informações estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que este indicador declinou no período de 1990 a 2005 em torno de 50% na maioria dos países europeus, bem como nas Américas e no Caribe, de 40% na Ásia e de 10% na África. As menores taxas de mortalidade infantil registradas em 2005 foram verificadas nos países industrializados com média de 5‰ nascidos vivos, contrastando com 57‰ nos países em desenvolvimento e 97‰ nascidos vivos nos países menos prósperos¹.

Ao se realizar um estudo minucioso sobre a mortalidade infantil, observa-se que se constitui de dois componentes: neonatal e pós-neonatal. O neonatal inclui os óbitos que ocorreram do nascimento ao 27º dia de vida, enquanto o pós-neonatal compreende os óbitos que aconteceram do 28º dia até o final do 1º ano de vida. A mortalidade neonatal pode ser dividida em precoce, envolvendo os óbitos verificados entre o nascimento e o 6º dia de vida; e tardia referente aos óbitos sucedidos entre o 7º e o 27º dia de vida^{16,17}.

A principal causa da mortalidade neonatal precoce deve-se à inadequada assistência ao parto e às condições sócio-econômicas e culturais da gestante, ao passo que a mortalidade neonatal tardia decorre das complicações da prematuridade e das infecções^{18,19,20}.

Nos países desenvolvidos, predomina o componente neonatal da mortalidade infantil, sendo, na maioria das vezes, esta mortalidade decorrente de malformações congênitas ou, com menor frequência, de recém-nascidos de muito baixo peso ou de complicações do parto, e nos em desenvolvimento prepondera o componente da mortalidade pós-neonatal em decorrência de doenças imunopreveníveis como a



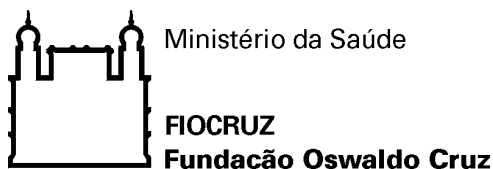
diarréia e as infecções respiratórias que estão associadas às condições sócio-econômicas precárias e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde²¹.

Acredita-se que nos países em desenvolvimento, a diminuição da mortalidade infantil ocorreu não só pelos programas de intervenção públicos sanitários adotados como também em consequência de alterações no padrão de nascimentos, de crescimento sócio-econômico ou pela totalidade de todos estes fatores²².

A mortalidade infantil no Brasil apresentava-se, em 2005, em torno de 31%¹. Em todas suas regiões, observou-se declínio nesse indicador, permanecendo, entretanto, as diferenças regionais porque o mesmo se encontrava três vezes maior no Nordeste do que nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste²³.

Com a mudança no perfil da mortalidade infantil com a implantação de políticas públicas de saneamento, incremento das medidas primárias de intervenção de saúde e da amamentação, ganhou magnitude o componente neonatal. A partir da década de 1990, a mortalidade neonatal vem sendo responsável pela maioria dos óbitos infantis, estimando-se que quatro milhões de recém-nascidos faleçam, a cada ano, no mundo, até o 27º dia de vida²⁴.

Diante dessa nova realidade, o sistema de saúde público brasileiro precisou enfrentar o desafio da complexa assistência perinatal, que passou a integrar sua agenda de prioridades das políticas públicas. Foram implantadas pelo Ministério da Saúde diversas intervenções em saúde para reduzir a elevada taxa de mortalidade neonatal. Dentre essas ações podemos destacar o investimento na melhoria do planejamento familiar, maior atenção à gravidez na adolescência, qualificação da assistência pré-natal e ao parto, sistematização da assistência ao recém-nascido na sala de parto e na unidade neonatal^{5,25,26,27,28}.



2.2 As novas tecnologias na atenção neonatal

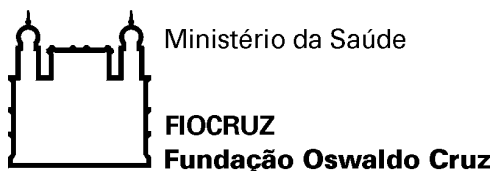
Nas duas últimas décadas, os países desenvolvidos e os em desenvolvimento passaram a investir na capacitação de pessoal e na aquisição de um arsenal tecnológico voltado à assistência neonatal. O Baixo Peso ao Nascer (BPN), definido como recém-nascido com peso abaixo de 2500g, e a prematuridade (nascimento antes de 37 semanas de gestação) passaram a ser os grandes responsáveis pela mortalidade neonatal, representando 69% de todos os óbitos neonatais, e pelos distúrbios funcionais entre os sobreviventes^{29,30}.

Stevenson et al.¹³ constataram, em seu estudo de base populacional, que o custo financeiro médio com recém-nascidos prematuros era 4,7 vezes maior quando comparado com aquele efetuado com as crianças a termo que não estiveram internadas nas unidades neonatais. Rogowski³¹ refere um custo de US\$ 1.500 a US\$ 1.700 por dia em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pela assistência prestada aos prematuros de muito baixo peso ao nascer.

Os últimos vinte anos foram marcados pela implantação das unidades de terapia intensiva neonatais em todo o mundo, agregada ao investimento em qualificação técnica e ao incremento de tecnologia avançada, abrangendo fármacos de alto custo e equipamentos diagnósticos e terapêuticos visando a preservação da vida desses bebês³².

No Brasil, em 2001, o Ministério da Saúde instituiu um programa de reforço à reorganização do sistema único de saúde – Reforsus – que contemplou 205 hospitais públicos e filantrópicos, investindo em equipamentos para suas unidades neonatais e para a assistência ao parto. O Reforsus disponibilizou a quantia de R\$ 30 milhões a esses estabelecimentos de saúde de nível terciário, complementando o Projeto anteriormente criado e denominado Gestante de Alto Risco²⁶.

Assim, muitos recursos têm sido aplicados na atenção materno-infantil para possibilitarem a sobrevivência de bebês prematuros e/ou de baixo peso; muitas destas crianças, porém, evoluem com seqüelas físicas e mentais.



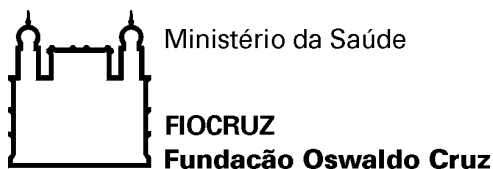
A literatura mais recente dos países desenvolvidos evidencia que nos recém-nascidos de muito baixo peso (MBP – peso ao nascer abaixo de 1500 g), os níveis de disfunção neuromotora são mais altos do que na população em geral, com índices que oscilam de 15% a 29%, tornando-se um problema de Saúde Pública ^{33,34}.

Os recém-nascidos prematuros e/ou com muito baixo peso ao nascer freqüentemente têm vários problemas determinados pela imaturidade de seu organismo que não está totalmente apto ao desempenho das funções da vida extra-uterina. Seqüelas em alguns órgãos ou sistemas como doença pulmonar crônica, alterações neurológicas ou, ainda, motoras, sensoriais e cognitivas ^{35,36} podem resultar da própria prematuridade somada à eventual iatrogenia da terapia intensiva necessária à sobrevivência do bebê prematuro.

Além do desafio de aumentar as taxas de sobrevivência dos neonatos de risco, a qualidade de vida futura dos bebês que sobrevivem ao período de internação passou a inquietar os profissionais de saúde que prestam assistência neonatal. Esta qualidade de vida é influenciada por fatores sociodemográficos (renda familiar, grau de instrução materna, estado civil, idade materna, assistência pré-natal), condições ao nascer (sexo, peso ao nascer, idade gestacional), permanência da criança na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, outras doenças adquiridas neste período, atenção dos pais à criança (retorno à consulta, vacinação, aleitamento materno) e morbidade pós-alta ^{37, 38}.

Sameroff ³⁹ ressaltou a relevância de se conhecerem os fatores de risco e seu efeito adverso sobre o desenvolvimento infantil que pode ser afetado, dependendo do número deles presentes simultaneamente. Esse autor também concluiu que os problemas biológicos precoces tornam o recém-nascido mais vulnerável ao ambiente social inadequado.

Outros estudos apontam também como fatores de risco à sobrevivência dessas crianças, o fato de que grande parte dos recém-nascidos pré-termo e de baixo peso ser proveniente de famílias compostas por mães sem cônjuge, que apresentam problemas



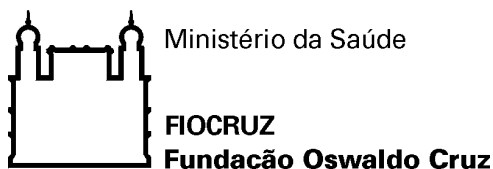
sociais e de saúde como uso de drogas e de álcool, desnutrição, violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis e outras carências em relação aos cuidados à saúde ^{40,41}. Assim, o recém-nascido prematuro e de baixo peso está sujeito ao duplo risco, social e biológico, podendo ocorrer prejuízos em seu processo de crescimento e desenvolvimento ⁴².

Freqüentemente as mães, ao assumirem o cuidado desses recém-nascidos, se tornam responsáveis pelos cuidados diários domiciliares de bebês de risco sem serem devidamente preparadas para tal. Na busca de uma assistência mais voltada para a humanização do cuidado nas unidades neonatais, Lamy et al. ⁸ mencionam como os pais percebem a internação dos filhos, recomendando que esses devam ter um espaço para perguntar, ouvir e relatar suas necessidades individuais.

A preocupação com a separação precoce e prolongada do recém-nascido, de sua mãe e também dos outros membros da família e a percepção do bebê como um *cidadão* com potencial de desenvolvimento e com necessidade de estímulo, apoio e carinho, incentivaram equipes de neonatologistas a propor intervenções centradas na presença da mãe e da família ^{43,44,45,46}. Os resultados dessa interação precoce, quando o bebê ainda está internado na UTI neonatal, apontaram para um maior desenvolvimento global da criança, incluindo as interações sociais e o desempenho escolar ^{47,48}.

Em 1978, foi criado o **Método Canguru** pelo Dr. Edgar Sanabria, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia, com o intuito inicial de agilizar a alta hospitalar de recém-nascidos de baixo peso, face a uma situação crítica de falta de incubadoras, infecções cruzadas, ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade e abandono materno. Este método se fundamentava em pôr a criança entre os seios da mãe, com contato direto pele a pele, onde era aquecida pelo calor materno, intensificando o vínculo afetivo mãe-bebê que facilitava uma recuperação e alta mais precoce da UTI Neonatal ⁸.

A partir da experiência da Colômbia, o Método foi difundido em vários países do mundo, passando a ser conhecido internacionalmente por **Kangaroo Mother**



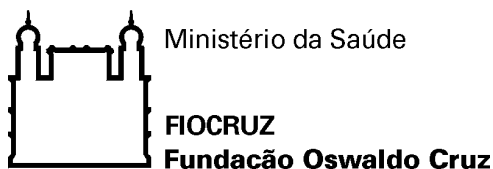
Care (KMC), e, atualmente, é promovido pela Unicef. O Método Canguru no Brasil foi implantado, inicialmente, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo, em 1992; no ano seguinte foi também incorporado pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), em Recife, Pernambuco.

A partir de então, vários hospitais brasileiros passaram a adotar a posição canguru como forma de cuidado com bebês prematuros e de baixo peso, porém sem uma metodologia sistematizada. Para padronizar essa forma de cuidado, a Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde criou uma equipe multidisciplinar, constituída por consultores com experiência profissional e acadêmica no que diz respeito à complexa assistência neonatal, desde a sala de parto até o seguimento dos egressos a nível ambulatorial ²⁷. Como fruto desse trabalho de equipe foi elaborada a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC), lançada em dezembro de 1999 e publicada pela Portaria Ministerial nº 693 de 05/07/2000. O Método Canguru foi introduzido na Política Governamental de Saúde Pública, no Brasil, como um procedimento de assistência médica, com inclusão na tabela de procedimentos do SUS ²⁷.

A AHRNBP-MC caracteriza-se principalmente pela mudança na forma do cuidado neonatal de acordo com quatro fundamentos básicos:

- acolhimento ao bebê e à sua família;
- respeito às singularidades (cuidado individualizado);
- promoção do contato pele-a-pele o mais precoce possível;
- envolvimento da mãe nos cuidados do bebê ²⁷.

Com isso, a atenção ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso passou a ser realizada de uma maneira mais integral e humanizada, tendo como meta o desenvolvimento da criança e sua qualidade de vida ⁴⁹. Vários estudos têm sido



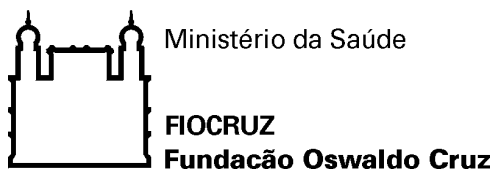
realizados enfocando a importância da presença e participação da família no acompanhamento do bebê e no seu cuidado dentro da unidade neonatal, comprovando ser essa uma prática que gera segurança e satisfação aos pais em enfrentar situações de risco com o bebê ⁴¹. O acesso da família ao espaço em que a equipe de saúde cuida do bebê atende também a um direito de cidadania, garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente ⁵⁰.

2.3 O cuidado do recém-nascido após a alta hospitalar

A literatura tem enfatizado a importância do preparo das mães para a alta hospitalar durante toda a hospitalização do bebê, reduzindo a ansiedade e aumentando a autoconfiança materna no cuidado domiciliar. Dessa forma, a adaptação da família à criança, após a alta hospitalar, seria facilitada ⁵¹.

Quando os bebês prematuros e/ou de baixo peso encontram-se clinicamente estáveis, as famílias são preparadas para o momento da alta hospitalar pela equipe de profissionais de saúde. Caso esses recém-nascidos tenham passado pelo Método Canguru haverá possibilidade de adaptação e aprendizado do cuidado pela mãe e pelos familiares; entretanto, alguns bebês recebem alta hospitalar diretamente da Unidade de Cuidados Neonatais Intermediários onde, geralmente, existem menos oportunidades no aprendizado dos cuidados. De qualquer forma, várias orientações são repassadas às mães e aos outros familiares, para garantirem que os cuidados cotidianos domiciliares da criança sejam devidamente executados incentivando também, o sentimento de maternagem nessas mulheres.

A maternagem se constrói pela utilização de múltiplos componentes que envolvem desde o próprio conceito de ser mãe, a processos de transformação nas dimensões sociais e comportamentais maternas. As medidas de intervenção aplicadas para o desempenho da maternagem promovem mudanças nos conceitos de auto-percepção, satisfação, competência, estresse e humor nessas mulheres. Também facilitam a interação materno-infantil, a interpretação e a importância dos cuidados do

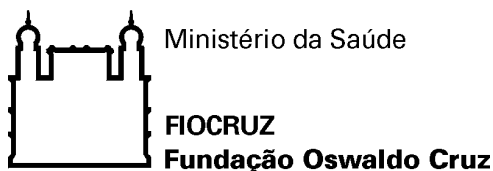


bebê, um maior conhecimento das necessidades de saúde da criança, a autoconfiança materna no cuidado familiar e a promoção de um ambiente mais salutar para o desenvolvimento do bebê ¹².

Atualmente, se estimula a prática da maternagem ampliada que se caracteriza pela participação da família nos afazeres como nos prazeres do cotidiano do bebê. Não se limita, no entanto, ao tempo de internação do recém-nascido, podendo envolver avós, tios e amigos que auxiliam tanto no cuidado da criança como no apoio aos pais que necessitam retornar aos seus compromissos profissionais ⁵².

Nos E.U.A., equipes de enfermeiras, em Wisconsin-Madison, realizaram atividades educativas com as mães na transição da maternagem tanto no pré-natal como em visitas domiciliares nos 24 meses de pós-parto como na capacitação dos demais familiares nos cuidados com bebês prematuros. Como resultado dessas estratégias de intervenção, observou-se a existência de uma maior interação mãe-bebê e um clima mais saudável e de menos estresse no lar ⁵³.

No Brasil, em Ribeirão Preto, foi elaborada uma “Cartilha educativa para orientação materna sobre cuidados com o bebê prematuro” por enfermeiras, auxiliares de enfermagem e mães de prematuros, sendo implantada após ter sido debatida e validada em vários círculos de discussão, constituindo um documento didático-instrucional do serviço. Essa Cartilha aborda temas sobre higiene, cuidados especiais, alimentação, cuidados diários e relacionamento familiar ¹⁰. Os autores observaram que o material didático auxiliou as mães na memorização dos conteúdos a serem assimilados.



3 OBJETO DO ESTUDO

Os sentidos atribuídos pelas mães de recém-nascidos egressos de UTI Neonatais sobre as experiências cotidianas na realização dos cuidados domiciliares com seus bebês.

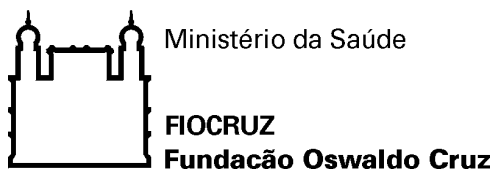
4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Analisar os sentidos atribuídos pelas mães de recém-nascidos egressos da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal sobre as experiências cotidianas de cuidado dos seus filhos prematuros e/ou de baixo peso.

4.2 Específicos

- Conhecer a interpretação materna sobre as ações educativas oferecidas pelos profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal;
- Descrever as expectativas das mães em relação ao apoio oferecido pelo serviço de saúde durante seu período de internação;
- Analisar os sentidos atribuídos ao cuidado domiciliar pelas mães face a rotina cotidiana do bebê, bem como o comparecimento ao seguimento ambulatorial dessas crianças frente às demandas das mesmas.

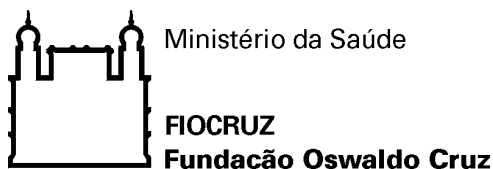


5 JUSTIFICATIVA

O desejo para a realização deste estudo nasceu da minha experiência como gestora de uma unidade hospitalar terciária do Estado do Ceará, Hospital Dr. César Cals de Oliveira, referência em gravidez de risco, onde 30% dos recém-nascidos, que nascem por mês, são prematuros. Após a alta, essas crianças são acompanhadas no ambulatório de egressos das UTI Neonatais, muitas vezes apresentando seqüelas neuropsicomotoras ou pulmonares crônicas inerentes à prematuridade. Com freqüência, essas mães assumem os cuidados domiciliares dos bebês de risco sem terem sido preparadas para tal. As intervenções direcionadas a essas mulheres não têm sido suficientes para acolhê-las e apoiá-las nesse difícil processo de ter um filho prematuro, internado em uma unidade de alta complexidade assistencial ⁵⁴. Em nossa realidade, é crescente a demanda de recém-nascidos pré-termos oriundos das unidades neonatais, cujas mães vivem uma situação desgastante e desafiadora, o que ocasiona profundas alterações na dinâmica familiar e se prolonga além da extensão do internamento do bebê. Esta situação pode ser ainda mais precária para as mães que não tiveram a oportunidade de passar pela enfermaria de cuidados canguru quando estas mulheres têm a oportunidade de ter uma supervisão e um aprendizado diferenciado no cuidado de seus filhos.

A revisão da literatura revela a existência de algumas iniciativas de capacitação das mães e dos familiares para os cuidados domiciliares de seus filhos egressos de uma UTI Neonatal. Assim, fez-se necessário ouvir essas mães, conhecer suas vivências e experiências e seus conhecimentos referentes aos cuidados indispensáveis a essas crianças, na busca da reconstrução de uma prática integral e humanizada à atenção materno-infantil ⁵⁵.

O estudo poderá contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas relacionadas à saúde da criança, fornecendo subsídios para a sistematização de informações e a organização do apoio que os serviços de saúde devem oferecer às famílias de crianças prematuras e/ou de baixo peso.



6 METODOLOGIA DO ESTUDO

6.1 Desenho do estudo

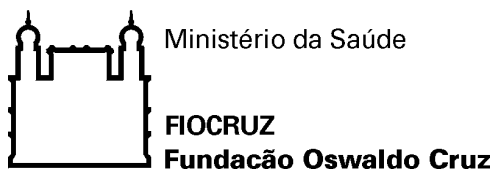
Trata-se de estudo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, pois além de tornar-se adequada ao objeto de estudo, tornou-se significativamente enriquecedora à interpretação dos resultados.

Para Minayo ⁵⁶, as Metodologias de Pesquisas Qualitativas são entendidas como “aquelas capazes de incorporar a questão do **significado** e da **intencionalidade** como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções significativas”.

A pesquisa qualitativa, também denominada compreensivo-interpretativa, surgiu há pouco mais de um século, como um contraponto à visão empirista e determinista da ciência, que impulsionava os cientistas a procurarem leis causais e universais para justificarem fenômenos humanos resultando em conclusões duvidosas e pouco científicas ⁵⁷.

A pesquisa qualitativa veio se fortalecer na comunidade científica com os trabalhos dos antropólogos, progredindo depois entre os sociólogos, educadores e psicanalistas. Posteriormente passou a receber a adesão dos demais profissionais da saúde ⁵⁸.

Essa metodologia de pesquisa se define como um meio científico de conhecer e interpretar os sentidos e as significações dos sentimentos, das idéias e dos comportamentos humanos e da sociedade. Enfatiza as especificidades de um fenômeno em termo de suas origens e de sua razão de ser ⁵⁹.



Na área da saúde, a pesquisa qualitativa apresenta práticas em vários campos: a compreensão cultural dos fenômenos ligados à questão da saúde-doença do indivíduo e do coletivo, a partir de recursos antropológicos e sociológicos e a compreensão psicológica dos fenômenos no *setting* dos cuidados clínicos com a pessoa junto ao campo da atividade tradicionalmente médica.

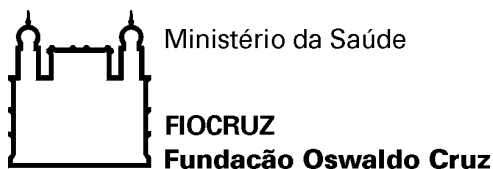
A abordagem qualitativa é ideal quando se quer tratar da análise de sentimentos, sensações e percepções das pessoas ^{60,61}. Seguindo a tradição compreensiva, esse tipo de pesquisa parte do pressuposto de que o indivíduo age de acordo com suas crenças, percepções e valores. Além disto, referida abordagem tem viabilizado a investigação de crenças e atitudes sobre assuntos/temas delicados em que uma relação íntima e de confiança pode permitir o acesso do pesquisador a dados que não seriam acessíveis por métodos quantitativos ⁶².

Assim, considera-se o modelo de pesquisa qualitativo o mais adequado para lidar com questões de foro íntimo, que, normalmente, vêm acompanhadas de angústias e ansiedades, tais como temas referentes a doença ou relações interpessoais de toda natureza ⁵⁸.

6.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza, capital do Ceará, no Ambulatório de Seguimento de Egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira, referência estadual para gestação de alto risco.

Trata-se de uma das instituições integrantes da rede de unidades hospitalares da Secretaria de Saúde do Estado, de nível terciário e referência no estado para alta complexidade nos procedimentos de Neonatologia e Obstetrícia. Dispõe de 276 leitos, dos quais 62 fazem parte da Neonatologia: 21 de UTI de Alto Risco, 36 de Médio Risco e 05 de Enfermaria Canguru, além dos leitos de alojamento conjunto. Realiza cerca de



500 partos mês, sendo que, deste total, 35% são crianças de baixo peso e 11% de muito baixo peso ao nascer.

O aludido hospital é detentor do Prêmio Hospital Amigo da Criança (MS/Unicef), Prêmio Galba Araújo (MS), escolhido como Hospital Piloto de Humanização do Ministério da Saúde, certificado como Hospital de Ensino e Pesquisa e Hospital Sentinela (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa).

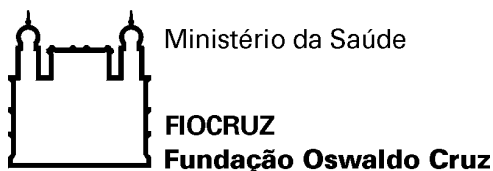
Seu serviço de neonatologia prioriza o incentivo ao aleitamento materno, possuindo banco de leite humano com tecnologia de pasteurização do leite ordenhado, referência para todo o Estado do Ceará. Por ser um hospital de ensino, vivencia diariamente a assistência associada ao constante aprendizado de estagiários, internos e residentes. Conta com uma equipe multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais além de um suporte de médicos especialistas como apoio complementar terapêutico e diagnóstico.

O ambulatório de seguimento de RN egressos da UTI Neonatal apresenta acompanhamento regular da maioria dos sobreviventes, com avaliação periódica de acordo com a necessidade da criança, prestando uma assistência com ênfase no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor e sensorial. Com relação à prática do ensino, funciona como um grande laboratório clínico de observação do desempenho normal ou não do lactente que nasceu de termo ou pré-termo, contando com a participação de residentes de pediatria e neonatologia também a nível ambulatorial.

6.3 Sujeitos

Fizeram parte do estudo 21 mães de recém-nascidos egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, da referida instituição, com peso ao nascer abaixo de 1500 g, cujo total foi estabelecido pela saturação de dados resultantes das entrevistas.

Grande parte das usuárias do serviço estudado é carente, tendo a família, no geral, renda máxima de apenas um salário mínimo, não havendo condições sócio-econômicas de mais de uma pessoa da família pagar transporte e comparecer ao



ambulatório acompanhando a mãe e a criança. Ocorre também que muitas mulheres não têm companheiro fixo e são elas próprias o chefe da família.

6.3.1 Critérios de inclusão

Foram consideradas aptas a participar do estudo, as mães de crianças que nasceram com peso abaixo de 1500 g no referido hospital, no período de **setembro a dezembro de 2007**. A seleção ocorreu a partir da admissão dos recém-nascidos no Ambulatório de Seguidos de recém-nascidos de risco, egressos da UTI Neonatal, no período de novembro de 2007 a março de 2008, estando as crianças com 30 a 60 dias de alta hospitalar, tempo esse necessário para que suas mães tivessem uma vivência prolongada dos cuidados domiciliares, mas não longo o suficiente a ponto de favorecer o viés de memória.

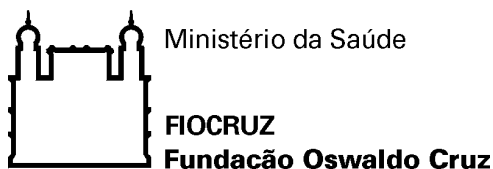
6.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as mães de recém-nascidos que apresentaram malformações congênitas e síndromes genéticas em função destas patologias exigirem seguimento ambulatorial mais intenso e prolongado.

6.4 Técnica de coleta de dados

Neste estudo se utilizou a técnica de entrevista semi-estruturada. O uso desse modelo de entrevista foi escolhido porque possibilita o diálogo, permitindo a expressão da opinião do sujeito da pesquisa, ampliando o campo de discurso, que passa a incluir acontecimento, opiniões, impressões, expressões e dúvidas.

A utilização desse modelo de entrevista é indicada quando o entrevistador se propõe a obter mais detalhes, exemplos e contexto do entrevistado, sendo também chamada de entrevista *em profundidade*. Caracteriza-se por ser interativa e responsiva à linguagem e aos conceitos usados pelo entrevistado, garantindo ao pesquisador obter todas as informações requeridas e apresenta uma agenda flexível. Constitui-se no modelo de entrevista mais usado na pesquisa médica ⁶².



A entrevista foi composta por duas partes: a primeira com dados sócio-econômico-demográficos para caracterização das mães e a segunda com questões norteadoras relativas à temática.

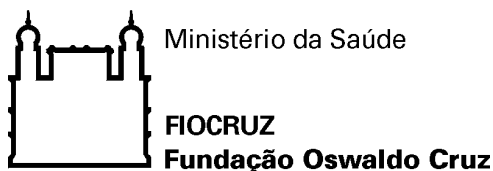
Além das entrevistas semi-estruturadas realizadas com as mães dos bebês, lançou-se mão de um formulário para coleta de dados do hospital, como registros de internamentos e atendimentos ambulatoriais da instituição e dos prontuários dessas mães referentes à idade gestacional no parto, tipo de parto e complicações clínicas no parto. As características registradas do recém-nascido diziam respeito ao sexo, peso ao nascer, Apgar de 1º e 5º minutos e tempos de permanência nas diversas unidades neonatais do hospital. Foram também transcritas anotações da equipe multiprofissional das unidades neonatais sobre o envolvimento da mãe com o bebê.

É importante ressaltar que a Escala de Apgar surgiu da idéia entre a Professora Virgínia Apgar e seu aluno em 1949, que estabeleceram um somatório de pontuações para avaliar a vitalidade do recém-nascido nos 1º e 5º minutos após seu nascimento, ao verificar cor da pele, respiração, batimentos cardíacos, tônus muscular e resposta a estímulos nervosos ⁶³. Segre ⁶⁴ propôs a seguinte classificação para o Apgar:

- Escores de oito a dez: boas condições ao nascimento.
- Escore sete: anóxia leve.
- Escores entre quatro e seis: anóxia moderada.
- Escore de zero a três: anóxia grave.

As informações e detalhamentos relativos ao número de internamentos, nascimentos, óbitos (natimortos e neomortos) e seguimentos em ambulatório, no hospital sede desta pesquisa, foram coletados de seus registros gerais de internamentos, atendimentos ambulatoriais e Núcleo de Vigilância Epidemiológica.

Todas as entrevistas foram efetuadas após consentimento livre e esclarecido das mães, sendo posteriormente gravadas e transcritas de maneira literal, embora, para efeitos de exposição, tenham sido realizadas pequenas correções de forma, com o objetivo de tornar mais claras as idéias das depoentes. O tempo das entrevistas com cada mãe durou em média 30 minutos.



6.5 Análise dos dados

Os dados referentes ao hospital, às características das mães e dos recém-nascidos foram analisados por meio de estatística descritiva, apresentados em tabelas e discutidos com base na literatura pertinente.

Os relatos das mães, resultantes das entrevistas, foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo Temática de acordo com os pressupostos de Bardin ⁶⁵.

Segundo Turato ⁵⁸, “as técnicas de análise de conteúdo estão para as pesquisas qualitativas, assim como as técnicas estatísticas estão para as pesquisas quantitativas”.

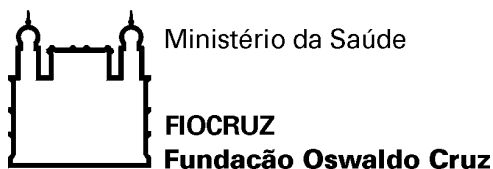
Bardin⁶⁵ define análise de conteúdo como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Assim, a análise de conteúdo tem a finalidade de “efetuar inferências, com base em uma lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas”. A inferência se origina do conteúdo dessas mensagens e proporciona a transformação da decisão para a interpretação⁶⁶.

De acordo com Bardin, são três as etapas da análise de conteúdo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação.

Utilizando a Análise de Conteúdo, a primeira abordagem realizada com o material coletado consistiu na leitura flutuante, ou seja, um período de pré-análise com o intuito de estabelecer um contato com as mensagens que eram analisadas, deixando-se impregnar por seus discursos, permitindo que o objeto da leitura se tornasse mais claro ⁶⁵. Gomes ⁶⁷ afirma que a primeira fase da análise é aquela em que se realiza uma leitura exaustiva até a pesquisadora se impregnar pelo conteúdo do material. Procurou-se, neste momento, obter uma visão global de todos os textos, compreendendo suas



particularidades, elaborando impressões iniciais que norteasse a análise e a interpretação, definindo formas de classificação inicial e de conceitos teóricos que orientaram a análise.

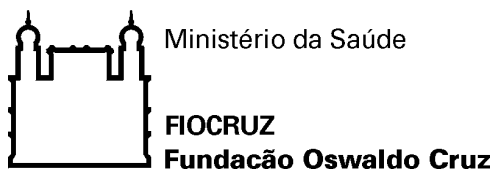
A exploração do material se deu com o recorte do *corpus* (21 entrevistas). Selecionou-se para unidade de contexto o parágrafo, que segundo Vala ⁶⁸ constitui-se dos segmentos mais largos do conteúdo, e para a unidade de registro a frase (tema).

A partir de então, a pesquisadora iniciou a categorização, ou seja, a classificação de elementos contidos no todo, por diferenciação e a seguir, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente estabelecidos ⁶⁵. Realizou-se a seguir, a descrição do resultado da categorização, explicitando os achados encontrados na análise, atuando como base para a realização de inferência dos resultados baseada nas premissas do pesquisador. Finalmente, os resultados foram interpretados com auxílio da fundamentação teórica adotada ⁶⁹.

A segunda fase da análise, para Gomes ⁶⁷, se caracteriza pelo aprofundamento na essência do material, consistindo na análise propriamente dita. Nessa etapa, buscou-se, inicialmente, fazer a distribuição das unidades de análise, utilizando o esquema de classificação inicial para, posteriormente, efetuar uma leitura conversando e fazendo inferências com as partes do texto em análise para determinar os “núcleos de sentido” em cada classe. Depois os “núcleos de sentido” foram relacionados com os pressupostos iniciais ou outros que se mostravam pertinentes, para então proceder a análise dos diferentes “núcleos de sentido” existentes nas várias classes, procurando “temas” mais amplos em torno dos quais se pudesse associar as diversas partes dos textos que foram reagrupados por temas encontrados.

Elaborou-se, então, os resultados obtidos, contendo os temas que abrangiam os sentidos dos textos, inserindo fragmentos das mensagens e associando-os aos conceitos teóricos existentes respaldados por literatura e de outras pesquisas científicas.

Alguns cuidados foram importantes em todas as etapas da análise de dados. É importante ressaltar a necessidade de que todas as categorias ou classes fossem homogêneas, para que todo o conjunto do material avaliado se procedesse sob os



mesmos critérios. Os dados das mães cujos bebês estiveram internados na Enfermaria Canguru foram agrupados em subcategorias diferentes das mães de bebês que não tiveram acesso a este tipo de cuidado. As categorias foram classificadas de modo que fossem exaustivas, exclusivas, concretas e adequadas⁶⁵.

Quanto à inferência, houve necessidade de articular o material analisado com os fatores que determinaram suas características. Se o pesquisador não elaborar perguntas baseadas em experiências prévias na temática, não conseguirá fazer inferências de seus achados de pesquisa⁷⁰.

Em relação à interpretação, fez-se necessário buscar uma sólida fundamentação teórica sobre o que estava sendo investigado para que se pudesse sintetizar as questões da pesquisa, os resultados extraídos da análise do material coletado, as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada⁶⁹.

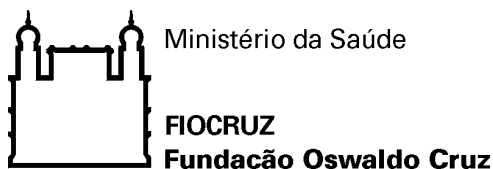
Assim, foram identificadas as seguintes categorias temáticas:

- **A gestação complicada e o parto prematuro;**
- **A separação do filho e a internação nas diferentes unidades neonatais;**
- **As expectativas sobre a equipe e a alta hospitalar e os cuidados domiciliares com o bebê.**

6.6 Ética na pesquisa

A pesquisa seguiu as determinações éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos⁷¹ e obteve parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca sob o protocolo de N° 22/2008.

Para preservar o anonimato das participantes, a elas foi atribuída o nome de **pedras preciosas**.



7 RESULTADOS

A pesquisa de campo ocorreu nos meses de novembro de 2007 a março de 2008 quando foram entrevistadas 21 mães de recém-nascidos procedentes da UTI Neonatal de um hospital público terciário de Fortaleza. As referidas crianças nasceram no período de setembro a dezembro de 2007, com peso menor de 1500 gramas. Neste mesmo período foram registrados no hospital estudado 1644 nascimentos, 281 internamentos na UTI Neonatal, 438 na Unidade de Médio Risco (UMR) e 21 na Enfermaria Canguru, com comparecimento de 66 crianças ao ambulatório de egressos da UTI Neonatal.

A taxa de prematuridade e de baixo peso ao nascer no hospital estudado, no período da pesquisa, foram de 34,18% e de 27,31% bastante elevadas quando comparadas com a média da Cidade de Fortaleza que no período 2002 – 2003 foi de 1,99% e 2,01% respectivamente. Todos os 106 bebês que nasceram com menos de 1500 gramas foram internados em pelo menos uma das Unidades de Cuidado Neonatal (UTI, UMR e Enfermaria Canguru). Deste total 88,68% na UTI Neonatal tendo sido encontrada neste grupo uma elevada taxa de mortalidade neonatal 254,7%. As crianças nascidas com peso acima de 2499 gramas apresentaram menor incidência de internamento (21,09%) e menor taxa de mortalidade neonatal (11,7%). A Unidade de Médio Risco foi o setor do hospital que registrou o maior número de recém-nascidos internados nesse período (438) e a Enfermaria Canguru a unidade que recebeu o menor número de internamentos dessas crianças (21).

A Tabela 1 demonstra incidências, números de internamentos e óbitos dos recém-nascidos, por faixa de peso, no hospital em estudo e suas distribuições nos setores de UTI, UMR, e Enfermaria Canguru.

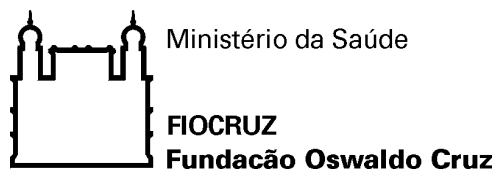


Tabela 1. Internamentos e óbitos dos recém-nascidos, por faixa de peso, no hospital sede da pesquisa e número de internações na UTI, na UMR e na Enfermaria Canguru, de setembro a dezembro de 2007

Faixa de peso	Total nascimentos	Total de óbitos	Total crianças que foram internadas	Nº internações na UTI	Nº internações na UMR	Nº internações no Canguru
≥ 2500 gramas	1195 (72,69%)	14 (1,17%)	252 (21,09%)	69 *	210 *	0 *
de 1500 a 2499 gramas	343 (20,86%)	12 (3,5%)	274 (79,89%)	118 *	184 *	1 *
< 1500 gramas	106 (6,45%)	27 (25,47%)	106 (100%)	94 *	44 *	20 *
Total	1644 (100%)	53 (3,22%)	632 (38,44%)	281 (100%)	438 (100%)	21 (100%)

* Um mesmo recém-nascido pode ser internado sucessivamente em diferentes setores.

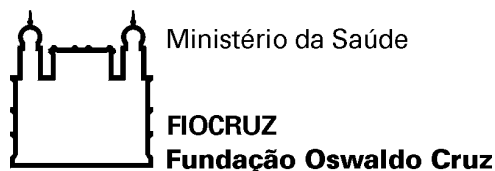
Fonte: Sistema de informação do hospital sede da pesquisa/Nuvepi (2007).

7.1 Caracterização dos sujeitos

a) Características sociodemográficas

A idade das mulheres entrevistadas variava de 19 a 43 anos (média de 28 anos), tinham uma escolaridade média de 9 anos de estudo, e quanto à cor da pele 5 eram brancas e 16 pardas. Quinze delas viviam com companheiro e relatavam uma média de 4 pessoas residindo no domicílio. Dessas 21 entrevistadas, 8 eram moradoras de Fortaleza, 5 procedentes de outras unidades de saúde de municípios que compõem a sua Região Metropolitana e 8 foram encaminhadas de municípios mais distantes.

Quanto à renda, constatou-se que apenas 9 dessas mulheres tinham fonte de renda própria, que variava de um mínimo de R\$ 100,00 a um máximo de R\$ 780,00 com uma média de R\$ 317,00 e que as demais não possuíam fonte de renda própria, sendo financeiramente dependentes de seus companheiros ou familiares. A mediana e a média encontradas de renda familiar foi de R\$ 380,00 e de R\$ 533,48 respectivamente, com valor mínimo de R\$ 120,00 e máximo de R\$ 1.820,00. A renda per capita variava de menos de um até 1,20 salários. Este indicador foi

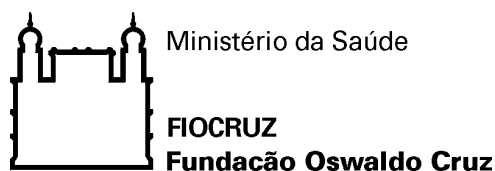


estimado a partir do total de vencimentos dos moradores do domicílio das mães dos recém nascidos, que foi dividido pelo número de indivíduos residentes no mesmo, crianças e adultos. O salário mínimo vigente na época da pesquisa era de R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais).

Apresentam-se na tabela 2 as características sociodemográficas das 21 mães de recém-nascidos egressos da UTI Neonatal de um hospital público de Fortaleza, que estavam em acompanhamento no ambulatório de seguimento do hospital e que fizeram parte da pesquisa.

Tabela 2. Características sociodemográficas das mães dos recém-nascidos de Muito Baixo Peso ao Nascer que compareceram ao ambulatório de egressos da UTI Neonatal de um hospital público de Fortaleza, 2007-2008

Variáveis	N
Idade (anos)	
≤ 19	1
20 – 34	14
≥35	6
Raça/Cor	
Branca	5
Parda	16
Escolaridade (anos de estudo)	
0 - 4	4
5 - 8	6
9 - 12	10
≥ 13	1
Procedência	
Fortaleza	8
Municípios Região Metropolitana	5
Municípios Distantes	8
Renda Própria (em R\$)	
0	12
100,00 - 400,00	6
401,00 - 800,00	3



Renda Familiar (em R\$)	
≤ 400,00	13
401,00 - 800,00	5
801,00 - 1200,00	1
>1200,00	2

Fonte: Elaboração própria

b) História obstétrica das mães e características clínicas dos recém nascidos

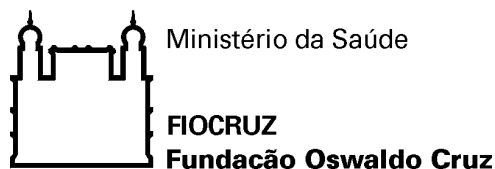
Nesse grupo de mulheres havia 11 primíparas e 10 multíparas. Destas últimas, 03 tinham esses recém-nascidos como únicos filhos vivos. A Idade Gestacional média dessas mulheres no momento do parto era de 29 semanas. O tempo médio de internação hospitalar das mães cujos bebês não passaram pela Enfermaria Canguru foi de 07 dias comparados com uma média de 45 dias encontrados naquelas que estiveram internadas com seus filhos na referida Enfermaria.

Dentre as 21 mães entrevistadas apenas 07 (33,33%) estiveram internadas com seus filhos na Enfermaria Canguru. Os bebês das outras mulheres ao terem alta da Unidade Intermediária foram liberados direto para sua casa.

Na tabela 3 estão discriminadas algumas das características obstétricas das mães entrevistadas nesta pesquisa.

Tabela 3. História obstétrica e dados de internação das mães dos recém-nascidos envolvidos na pesquisa realizada num hospital público de Fortaleza, 2007-2008

Variáveis	Nº
Paridade	
Primíparas	11
Multíparas	10
Idade Gestacional no parto (semanas)	
26 – 29	11
30 – 32	7
33 – 35	3
Internamento hospitalar (dias)	
Estiveram na Enf. Canguru	



30 – 40	3
41 – 80	4
Não estiveram na Enf. Canguru	
< 10	9
10 a 20	4
> 20	1

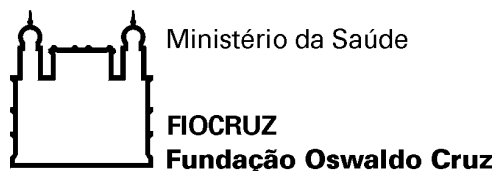
Fonte: Elaboração própria

O peso de nascimento do grupo de crianças cujas mães foram entrevistadas variou de 605 a 1460 gramas. Quatro crianças tiveram peso abaixo de 1000 gramas e 17 crianças nasceram com peso entre 1000 a 1499 gramas. Ressalta-se que o Apgar de 5° minuto menor de 7 foi encontrado somente numa criança do primeiro grupo e em 2 do segundo grupo, caracterizando asfixia perinatal. Os bebês que nasceram com peso inferior a 1000 gramas apresentaram as seguintes médias de permanências de internamento: 94 dias no hospital, 65 dias em UTI Neonatal, 32 dias em Unidade de Médio Risco e 26 dias em Enfermaria Canguru. Aquelas crianças que apresentaram peso ao nascer entre 1000 e 1499 gramas mostraram médias de permanência de: 50 dias no hospital, 22 dias na UTI Neonatal, 24 dias no Médio Risco e 23 dias na Enfermaria Canguru.

A tabela 4 mostra algumas das características clínicas dos recém-nascidos envolvidos neste estudo.

Tabela 4. Caracterização dos recém-nascidos envolvidos na pesquisa realizada num hospital público de Fortaleza, 2007-2008

Variáveis	Recém-nascidos	
	Peso ao nascer < 1000 gramas	Peso ao nascer entre 1000 e 1499 gramas
Nº de recém-nascidos	4	17
Apgar 5º minuto		
< 4	1	-
4 a 6	-	2
≥ 7	3	15
Permanência hospitalar (dias)		

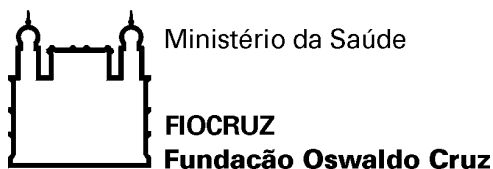


30 a 49	-	9
50 a 69	-	8
70 a 89	2	-
≥ 90	2	-
Permanência UTI (dias)		
14 a 30	-	14
31 a 47	1	3
48 a 64	1	-
≥ 65	2	-
Permanência Médio Risco (dias)		
6 a 20	-	3
21 a 35	1	10
≥ 36	1	2
Permanência Canguru (dias)		
7 a 17	-	2
18 a 28	1	1
≥ 29	1	2

Fonte: Prontuários médicos dos recém-nascidos internados no hospital sede da pesquisa, 2007-2008.

Foram observados registros de procedimentos de intervenção/orientação e referências às mães nos prontuários médicos de apenas 5 recém-nascidos: 02 que se encontravam internados na Unidade de Médio Risco e 03 na Enfermaria Canguru. Esses registros foram efetuados nos prontuários de 4 bebês pela fonoaudiologia e no da criança remanescente pela neonatologista. Todas essas intervenções registradas consistiam em medidas para incentivar o aleitamento materno.

7.2 Apresentação das categorias/núcleos temáticos

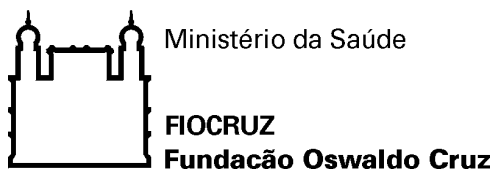


Como descrito na metodologia foram efetuadas entrevistas semi-estruturadas, com definição inicial de 06 categorias *a priori*: Gestação, Parto, UTI Neonatal, Enfermaria Canguru, Expectativas da Mãe, Alta Hospitalar e o Cuidado em Casa. A partir dos relatos das mães, foi realizada a interpretação da essência das mensagens, com identificação das seguintes categorias temáticas:

- **A GESTAÇÃO COMPLICADA E O PARTO PREMATURO;**
- **A SEPARAÇÃO DO FILHO E A INTERNAÇÃO NAS DIFERENTES UNIDADES NEONATAIS;**
- **AS EXPECTATIVAS SOBRE A EQUIPE E A ALTA HOSPITALAR E OS CUIDADOS DOMICILIARES COM O BEBÊ.**

7.2.1 A gestação complicada e o parto prematuro

Esta categoria expressa os sentimentos e experiências vividas por essas mulheres no transcurso dessa gestação, revelando suas percepções desde o instante em que tomaram conhecimento da gravidez até o difícil momento da realidade concreta da vivência do parto prematuro e a informação de que o bebê seria levado para a UTI. Para a maioria das mulheres este era o primeiro parto e, portanto, uma nova experiência a ser vivida. Mesmo para algumas das que já tinham passado pela experiência de um parto, a criança que estava nascendo era a esperança de ter um filho saudável já que os anteriores não tinham sobrevivido. A aflição de ter um problema de saúde que ameaçasse a segurança do bebê, as dificuldades enfrentadas no acesso ao hospital de referência e a fé em um SER SUPERIOR estiveram presentes no cotidiano dessas mulheres nesse período. Na análise das entrevistas as 09 subcategorias que se revelaram foram: o planejamento ou não da gravidez com a alegria pela vinda de uma criança ou a rejeição do estado gravídico; as dificuldades enfrentadas por desentendimento com companheiro ou por ocorrência de patologias na gravidez; o apoio ou não do companheiro e/ou da família nesse difícil momento; a surpresa pela chegada inesperada do bebê associada à dor, sofrimento e angústia com o parto prematuro e a decepção por não ter completado os nove meses de gestação; o receio do apego ao filho com risco de



morte superado por um investimento emocional posterior; os obstáculos encarados no acesso ao hospital; a esperança e o alívio com a intervenção médica precoce e o desejo de sair logo do hospital; o sofrimento, as dúvidas e incertezas com o afastamento do bebê; o empoderamento pela religiosidade nesse momento de desespero aliado à experiência própria ou de outras mães que já estavam com seus filhos na UTI neonatal.

Assim como acontece na população em geral, as gestações de 14 dessas mulheres não haviam sido planejadas. Entretanto, o fato de não terem sido planejadas não significava que estas gestações não foram bem aceitas por elas. A notícia da existência de um novo ser que estava sendo gerado dentro de seu ventre foi considerada positiva para 13 destas mulheres. A realidade de uma gravidez não planejada, seja por dificuldades financeiras, ou pela existência de outros filhos para criar, provocou numa das mulheres a intenção inicial de interrompê-la de forma voluntária.

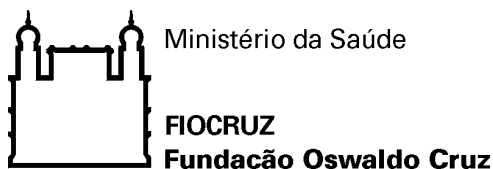
Granada: “[...] Eu não planejei, mas agradeço a Deus por ter ficado grávida, Graças a Deus. Foi bem-vinda.”

Ametista: “Senti só felicidade muita.”

Coral: “Não, eu não estava querendo mais. Eu não estava querendo mais menino novo não [...] Eu vou tomar remédio, quero não.”

Diversas falas por outro lado apontam que algumas vezes os momentos em que a gestação aconteceu eram de dificuldades diversas, que poderiam ser de eventos de doença na família, de dificuldades na relação afetiva com o parceiro ou mesmo pela própria condição de saúde da mulher que contra-indicava a ocorrência de uma nova gestação.

Turquesa: “Foi conturbada, assim, porque eu já tinha problema de pressão alta, assim, porque da minha outra menina eu fiquei com seqüela. Aí o médico já havia falado que eu não poderia ter mais filho, que eu deveria ter ligado, mas aí eu me desleixei”.



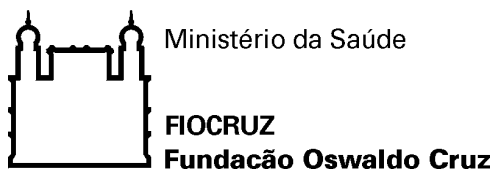
Essas dificuldades eram muitas vezes minimizadas quando elas podiam contar com a presença do companheiro no período gestacional, principalmente diante do difícil momento vivido por ocasião do parto prematuro. Esse apoio também foi percebido pelas mães que tiveram que se deslocar às pressas das cidades onde moravam à procura de centros tecnologicamente mais avançados ou por aquelas que apesar de não contarem com a presença física de seus maridos, tinham neles a certeza de um porto seguro. A compreensão e a ajuda da família também tiveram participação de destaque naquele momento conturbado da vida dessas mães, inclusive em uma situação em que uma foi abandonada pelo companheiro durante a gravidez, encontrando no aconchego da família o apoio necessário para manter sua gestação. Outras mães não usufruíram deste apoio familiar, ou por terem seus parentes residindo em outras cidades ou em outros estados do país ou por total negação do envolvimento familiar neste momento. A carência afetiva e o desamparo transpareceram nas falas dessas mulheres durante suas entrevistas.

Opala: “Ele me apoiava muito, ele me acompanhava muito. Procurava sempre saber como eu estava, se estava bem, sempre do meu lado o tempo todo. Ele viajava, ficava viajando e ficava ligando. Quando eu me internei na quinta-feira ele estava viajando e na sexta-feira ele veio e ficou até agora, quando foi viajar para trabalhar [...]”

Topázio: “[...] Como eu não tinha ele do meu lado, eu pensei que eu não ia ter o apoio da minha família. Mas foi o contrário [...] Todo mundo me apoiou em tudo.”

Turquesa: “[...] Nem quando eu estava internada e até hoje, nunca vieram ver o bebê [...] Aí eu não vim para o Canguru, pois era por esse motivo também, que eu não tinha quem me ajudasse”.

Quando perguntadas sobre como foi a experiência de ter um filho prematuro algumas mulheres iniciavam suas respostas resgatando sua experiência ainda no pré-natal nos momentos que antecederam os sintomas que justificariam sua internação hospitalar. Quando a gestante era moradora de um município distante daquele onde a maternidade estava localizada esta resposta incluía também o roteiro de transferência à que ela foi submetida até chegar ao seu destino. Para a maioria das mulheres o momento do parto foi inesperado, uma vez que sempre aconteceu em uma idade gestacional muito precoce. Independente da patologia que provocou o trabalho de parto prematuro, como por exemplo, a ruptura prematura das membranas ou a hipertensão arterial, a internação hospitalar aconteceu quase sempre alguns dias antes do nascimento dos bebês.



Fluorita: “Foi assim de repente, de repente sem dor, sem nada, de repente mesmo, eu comecei a perder líquido, de repente fui parar no hospital. Aí procurei o hospital de Amontada, de lá para o de Itapipoca e de Itapipoca eles me mandaram para cá.”

Granada: “Foi assim tão surpreendente [...] Eu não me preparei, [...] começou a subir a pressão, aí subiu mesmo para ser obrigado a tirar ele [...] Foi muito rápido.”

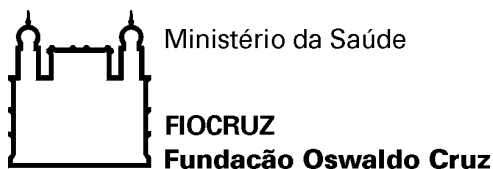
O momento do parto é referido como uma experiência muito difícil, de muita dor e/ou sofrimento, uma vez que além das dores do trabalho de parto as mulheres estavam sofrendo com a expectativa das condições de nascimento de um bebê prematuro. Algumas relatam que tinham consciência dos riscos de sua gestação e outras repetiam as falas dos profissionais, eventualmente muito duras sobre as possibilidades de sobrevivência da criança.

Opala: “Foi tipo uma perda. Aquela falta, aquela saudade de ficar com ele na barriga para completar os meses de gestação. Foi horrível [...] Logo que eu cheguei aqui, o médico que me atendeu, o Dr., disse logo: “A senhora vai perder o seu filho.” Usou essas palavras. Aí eu entrei em estado de choque.

Turmalina: “Eu me senti abalada, pensei até em abandonar o hospital [...] Foi assim tão difícil [...] Eles falaram só no momento, que ela tinha nascido morta. Foi o que eles falaram.”

A interrupção prematura rouba das mulheres a oportunidade de viver a gestação até o final e também a possibilidade de ficar junto e de cuidar de seus filhos, como acontece com a grande maioria das mulheres cuja gestação chega ao termo. Esses sentimentos foram por elas percebidos ao se sentiram incapazes de abrigar seus filhos em seus ventres o tempo suficiente para que nascessem com menor risco de vida.

Esmeralda: “Eu fiquei muito triste, muito decepcionada [...] Porque a gente esperava chegar aos nove meses, a barriga grande, perfeita e eu não [...] E eu fiquei assim decepcionada [...] Muito triste muito triste mesmo. Chorava bastante, [...] eu não poder ficar com ele.”



Citrino: “O doutor falou que ia tirá-lo antes do tempo por causa da minha pressão, aí eu fiquei angustiada, eu pensei que ele não se criava.”

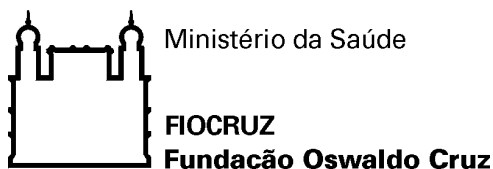
O medo de o bebê ser muito prematuro e não sobreviver está presente em todas as falas. Esse receio é percebido com frequência e intensidade elevadas nos depoimentos dessas mulheres. Imaginar a possibilidade da perda do filho era um fator de muito sofrimento psicológico. Muitas mulheres também demonstravam ter uma dificuldade de estabelecer um apego imediato com seus bebês em virtude de seus altos riscos de óbito. Com o passar do tempo, e a progressiva recuperação das crianças as mães tiveram condições de fazer um maior investimento emocional na relação com seu novo filho.

Jade: “Ah, foi muito complicado porque tanto o médico dizia que podia nascer com problema, podia não sobreviver... Muito ruim [...] Ficava imaginando, podia ele nascer, mas não sobreviver”.

Fluorita: “Na hora que eu vi que ele nasceu, eu fiquei triste [...] Porque era prematuro, sempre é diagnosticado um probleminha, mas depois eu fui vê-lo na UTI [...] Eu me reanimei, lutei [...] Depois eu consegui.”

Foram reveladas diversas situações de stress vivenciadas por essas mulheres quando, na vigência de complicações da gravidez de risco, ainda enfrentavam mais obstáculos para conseguir o difícil acesso à assistência médica materno-infantil especializada.

Coral “[...] O líquido começou a escorrer pelas pernas, [...] só que eu estava só em casa... fui para o médico sozinha. Aí eu entrei no ônibus...o motorista mandou eu descer, não me levava, que eu voltasse para casa para procurar ajuda [...] eu voltei, o vizinho foi que me socorreu, aí ele me levou lá para ...o médico me viu e disse: “Sua gravidez é de risco, seu bebê está prestes a nascer, mas seria bom que ele não nascesse agora porque ela vai nascer muito prematura.”



A percepção de que uma intervenção obstétrica imediata naquele momento em que mãe e filho corriam risco de vida, também foi vista como uma medida heróica, uma chance, um sinal verde para a vida. Outra mulher que se sentia exausta por tanto sofrimento físico, preferia que sua criança nascesse logo, apesar de prematura. Algumas das entrevistadas revelaram que também estavam ansiosas pelo retorno aos seus lares por se encontrarem internadas há muito tempo no hospital.

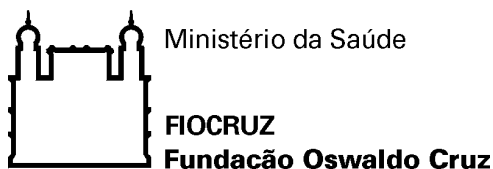
Pérola: “Na hora que o médico falou que ia ter que ser retirada porque a casa em que ela estava não estava dando condições dela viver, eu achei que seria o melhor para ela senão aconteceria o mesmo fim que o outro bebê teve. Assim podiam ajudá-la porque ela já estava cansada.”

Coral: “Eu ainda passei uns três dias, aí ela nasceu [...] Foi tudo de repente, não é? Eu já senti foi um alívio. Eu estava doida para sair porque eu não queria mais ficar no hospital [...]”

Essas mulheres sofreram ao saber no momento imediato após o parto que ficariam longe de seus filhos e que eles teriam de ser internados na UTI. A dor sentida por essas mães e seus companheiros pela separação do filho vinha acompanhada de tristeza, solidão e choros frequentes. Surgiram as dúvidas e incertezas da recuperação do bebê diante da constatação da prematuridade e da demanda por cuidados especiais. Existia a insegurança “em saber cuidar” de criaturas tão frágeis e tão pequenas. Uma mãe mencionou ter sofrido de depressão pela melancolia e desespero sentidos naquele momento.

Jade: “Senti no momento assim muito ruim [...] Ver meu filho naquelas condições... Até em depressão eu entrei. Tive de estar triste.”

Quartzo: “Ele ficou muito triste. Ele chorava, aí quando ele foi vê-la, ele voltou chorando. Aí ele passou um bocado de tempo sem vê-la. Ele não agüentava olhar porque ele tinha muita pena de vê-la daquele jeito na UTI.”



Grande parte das mulheres verbalizou sua fé em Deus nos momentos de maior tensão como quando foram comunicadas de que havia a necessidade de interromper a gestação para salvar o bebê ou mesmo quando eram comunicadas da prematuridade dos filhos e da necessidade dos mesmos serem internados em uma UTI. Em várias entrevistas ficou evidente a importância para diversas mulheres de uma fé religiosa para que pudessem enfrentar os difíceis momentos da interrupção prematura da gestação e do risco de vida que seus filhos experimentavam.

Ametista: “Sei lá, pensei assim mesmo em termos de dar certo, pensando primeiramente em Deus, que vai dar certo, como deus.”

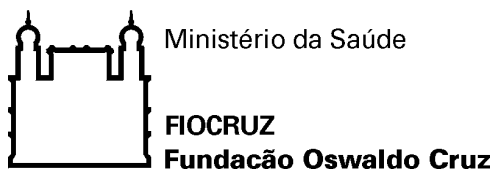
Granada: “Eu pensei que ia perder ele [...] Pensei que ele não ia resistir [...] seja o que Deus quiser, tenho fé em Deus [...]”

As mães ficavam contentes e menos ansiosas ante a informação de que o filho estava na UTI apenas para ganhar peso, pois já haviam superado as diferentes complicações associadas com a prematuridade. Isso significava para elas a esperança de que eles saíam bem daquele ambiente ruidoso e frio. O convívio com outras mães que já estavam com seus filhos internados há mais tempo na UTI Neonatal ou a prática de algumas dessas mães com filhos prematuros prévios, também conseguiam tranquilizá-las nesse momento de apreensão e medo. A informação repassada de evolução satisfatória de recém-nascidos nas UTI Neonatais, conseguia reanimá-las e fortalecê-las nessa expectativa contínua sobre a evolução de seus filhos.

Citrino: “Eu me conformei porque eu vi as outras mães [...]”

Turquesa: “Como eu já tinha experiência com a outra, eu não fiquei muito assustada, eu não me abalei muito [...] Acho que eu já estou refeita.”

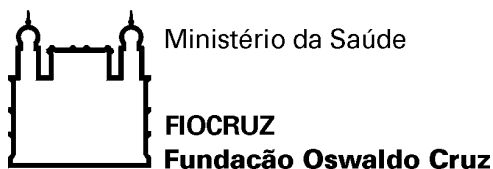
7.2.2 A separação do filho e a internação nas diferentes unidades neonatais



Trata-se de uma categoria que retrata sensações, ensinamentos e aprendizados dessas mulheres enquanto se encontravam com seus filhos internados na UTI Neonatal, na enfermaria de Médio Risco ou na Enfermaria Canguru. Nesse grupo temático emergiram 05 subcategorias: sentimentos maternos com relação ao apoio e informações fornecidos pela equipe de profissionais da UTI, Médio Risco e Enfermaria Canguru; as percepções dessas mães sobre os ensinamentos recebidos dos profissionais dessas unidades de internação; a experiência e a satisfação de cuidar de seu filho e o ressentimento pela negação da execução de cuidados diversos com o bebê na UTI; os desafios vivenciados para visitar seu bebê no hospital e o amparo da família enquanto seu bebê encontrava-se internado no hospital.

Como o hospital conta com 21 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 36 de Unidade de Médio Risco e cinco de Cuidado Canguru, apenas uma pequena parte das mães de bebês prematuros tem a oportunidade de experimentar esse cuidado antes de ir com seu filho de alta para casa. Em geral os bebês que têm alta da UTI ou da UMR para a enfermaria canguru têm um quadro clínico estável e estão geralmente apenas na expectativa de que alcancem determinado peso para ter a alta hospitalar. Os critérios de seleção da equipe de neonatologistas para admissão do recém-nascido na Enfermaria Canguru consistem em primeiro lugar na disponibilidade de leito e também estar com peso acima de 1250 gramas, encontrar-se em dieta plena por gavagem ou sucção e não depender de oxigenioterapia, fototerapia ou nutrição parenteral. Assim, apenas sete das entrevistadas estiveram internadas com seus filhos na Enfermaria Canguru.

Essas mães demonstravam satisfação e reconhecimento pelo apoio que lhes foi dispensado pela equipe de profissionais de saúde e a disponibilidade deles em informá-las sobre o estado de saúde de seus filhos. Palavras de conforto e de incentivo ao pensamento positivo e à fé foram utilizadas por eles como suporte emocional a essas mulheres nesse período, muitas vezes de dor e angústia prolongadas. Algumas dessas mulheres, porém, não se sentiram acolhidas no ambiente inóspito da UTI Neonatal,

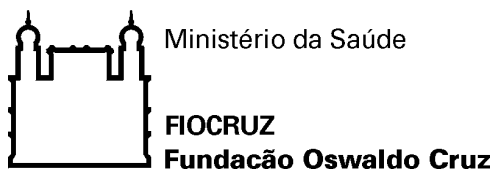


chegando a ter dúvidas sobre a efetividade dos cuidados realizados, preocupação e necessidade de um maior esclarecimento sobre o real quadro clínico de sua criança e do benefício obtido com a utilização de certos aparelhos em seu filho. É importante lembrar que os bebês prematuros apresentam muitas vezes grande instabilidade clínica e eventualmente sua evolução é marcada por momentos de piora e melhora rápidas, que se torna um motivo a mais de stress para os pais.

Turquesa: “Ajudaram psicologicamente porque a mãe quando chega lá, e o pai também, chegam chorando. Aí eles vão conversar com eles, dizem para não chorar, para ter fê em Deus que vai dar tudo certo [...] Fomos super bem tratados, os três [...] A gente fica até com um pouco de saudade delas pois elas cuidaram tão bem do meu filho, que eu diria assim, que eu nem precisava ir sempre, eu mandava ele ir para lá porque assim ele estava bem cuidado.”

Safira: “Diziam que ela estava bem. Toda vez que eu chegava lá, era um aparelho que estava nela. Cada vez que eu ia, era um aparelho diferente. Aí eu nem sabia se acreditava ou não. Quando eu a olhava, chorava preocupada.”

Pelo relato das mulheres fica evidente que não existe uma rotina pré-estabelecida de ensinamentos e informação na UTI Neonatal para as famílias dos prematuros. Isto acontece mais de acordo com o perfil do profissional que está assistindo determinada criança no plantão do que como uma necessidade que o serviço deve assumir para garantir aos pais e familiares o direito à informação. Observa-se que há um maior acolhimento e orientação a essas mães na Unidade de Médio Risco, porém isto não acontece de forma sistematizada. No entanto, é unânime o sentimento de gratidão manifestado pelas mães que estiveram internadas com seus filhos na Enfermaria Canguru em reconhecimento pelos ensinamentos ofertados pelos profissionais que ali atuavam. As mulheres informaram que, ao contrário dos outros setores, existe nessa Enfermaria uma rotina para o ensino dos cuidados com o bebê feitos com a supervisão do aprendizado e que há um trabalho integrado com a equipe da UTI Neonatal. Nessa Enfermaria, segundo as mulheres, há também um maior incentivo ao aleitamento materno.



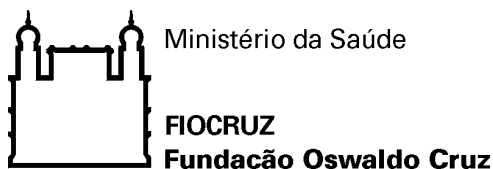
Opala: “Alguns orientaram como lidar com o comer, trocar fralda. Outros que, quando a gente chegava, não queria nem que a gente tocasse nele porque a gente atrapalhava o trabalho deles.”

Granada: “Porque no Canguru é assim, tem as enfermeiras auxiliares que ficam só para acompanhar, ensinar a gente a cuidar deles: como tirar eles do Canguru, também ajudam a colocar, a trocar fralda, banhar, dar o leite dele também e dar o medicamento. Porque são as enfermeiras que dão o medicamento, porque elas ensinam. Tudo é a mãe que faz, mas primeiramente são elas que ensinam a gente. A auxiliar fica ali responsável só em observar a gente, se cometer alguma falha, elas corrigem [...] É UTI e Canguru integrados.”

Os cuidados diários com seus bebês na UTI eram momentos por elas descritos de emoção, amor e dedicação. Esse instante era marcado pela interação e fortalecimento do vínculo mãe-bebê quando tinham a oportunidade de colocar em prática o que havia sido ensinado naquele ambiente. Falavam com alegria sobre os ensinamentos aprendidos, principalmente os referentes às noções de hábitos higiênicos a serem utilizados no manuseio de seus filhos nos ambientes hospitalar e domiciliar. Algumas das mães superaram o medo e a insegurança de cuidar de um bebê tão pequeno e conseguiram realizar determinados cuidados que lhes eram ensinados pelos profissionais. Certos profissionais conseguiam transmitir confiança e motivação a várias mães no desempenho das atividades diárias com seus filhos. Outras acharam que os cuidados com seus bebês eram menos complexos do que imaginavam e perderam o medo de fazê-lo à medida que foram progressivamente se familiarizando com as rotinas da UTI.

Água Marinha: “Para mim foi bom. Apesar de estar lá, era o meu momento de estar com ele, de estar cuidando dele, de tê-lo perto de mim.”

Topázio: “Eu aprendi, porque eu tinha muito medo de pegar nela, não saberia nunca cuidar dela. Eu aprendi na UTI, a pegar nela, a passar o medo porque eu as via pegando nela, aí eu via que eu também conseguia pegar nela. Eu tinha medo de pegá-la, de derrubá-la, de pegar no rosto dela.”



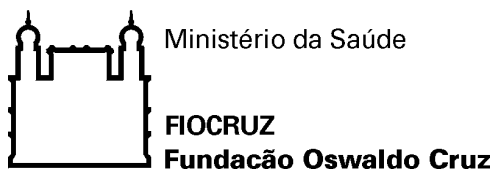
Algumas mães, no entanto, expressaram sentimento de frustração pela negação do acesso à prática dos cuidados de seu filho na UTI. Muitas lamentavam a não permissão de pegar nos seus bebês ou amamentá-los. Elas não conseguiam agir com naturalidade ao cuidar de seus filhos naquele local de muito sofrimento, pois havia uma impressão de que estavam sendo observadas pelos profissionais. Outras relataram que saíram do hospital sem saber cuidar de seus filhos na UTI e que aprenderam a realizar as atividades da vida diária de seus filhos sozinhas ou com suas próprias mães.

Pérola: “Lá é um tanto quanto ruim porque você não se sente à vontade para cuidar, parece que está sempre todo mundo lhe observando. Eu acredito que toda mãe quer que a sua criança saia rápido dali. A gente vê muito sofrimento ali, sendo que tem um cuidado a mais.”

A maioria das mulheres relatava que as tarefas diárias de seus bebês passaram a ser executadas com maior frequência e naturalidade quando os mesmos foram transferidos para a Unidade Intermediária de Cuidados intitulada de Médio Risco. Os bebês são transferidos da Unidade Neonatal para essa Unidade de Médio Risco quando seu quadro clínico está estabilizado e os cuidados necessários são geralmente o acompanhamento do ganho ponderal e a finalização do tratamento de processos infecciosos. Nessa unidade as mães tinham mais possibilidade de desempenhar esses cuidados com suas crianças, principalmente amamentá-las.

Ônix: “Quando ele foi para o Médio Risco, eu consegui pegar nele. Uma enfermeira lá do Médio Risco me ensinou a dar de mamar [...] Lá me ensinaram a dar o banho, trocá-lo, arrumá-lo. Isso tudo eu fazia desde que ele foi para lá”.

A experiência de cuidar de seus filhos na Enfermaria Canguru foi considerada boa e válida. O aprendizado seria útil por toda a vida delas. Esse local proporcionava uma maior assistência com uma razão menor de crianças por profissionais do que na UTI neonatal e na Unidade de Médio Risco, além da participação ativa da mãe na realização desses cuidados. Apesar disso, houve mães que sentiram medo e insegurança na realização dos afazeres diários de seus filhos.



Pérola: “Lá no Canguru você fica mais à vontade. Você tem que tirar do Canguru toda hora que a criança for se alimentar; você é quem tem que cuidar, amamentar e dar o leite no copo quando a criança não toma todo do seu peito. Também dava banho. Basicamente tudo que eu levei para casa foi do Canguru. Fora que ali elas estão mais atentas, ali no Canguru, porque lá é uma enfermeira para cinco crianças, enquanto lá no Médio Risco e na UTI são muitas crianças e assim quase que poucos profissionais trabalhando lá dentro. Aí é uma correria muito grande, eles têm que dar um pouquinho de atenção a cada criança, enquanto no Canguru tem a mãe e tem a enfermeira também.

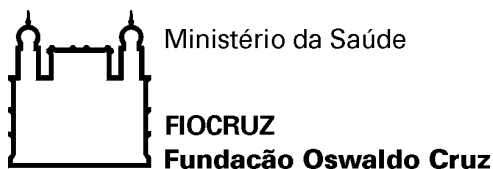
Questionadas sobre como foram suas experiências de ir diariamente ao hospital para ficarem com seus filhos, parte delas falava das dificuldades enfrentadas com os meios de transporte e o gasto financeiro, mas que valia à pena todo o sacrifício que faziam. A preocupação e o receio pela piora do quadro clínico de seu filho faziam parte do cotidiano dessas mães, nessa ida e vinda ao hospital. Algumas permaneceram internadas nesse nosocômio até a alta de seu filho e outras só viam seus filhos na UTI ou no Médio Risco semanalmente. Havia nelas a esperança de encontrar na manhã de cada dia o filho em melhor estado de saúde e que o peso tivesse aumentado para que ele conseguisse sair bem dali. Pensavam, sonhavam e planejavam com a sua saída do hospital.

Jade: “Foi muito ruim. A gente estava sempre aqui no hospital, direto [...] Foi muito difícil. Só conseguia vir porque a minha cunhada me ajudou bastante. Não tinha um só dia que eu não vinha. Às vezes eu chegava no hospital, ia primeiro para a capela, pedia muito a Deus para quando eu chegasse lá, ele estar bem [...] Aí eu saía e ia lá. Chegava lá ele estava bom aí não estava bom. Aí começava tudo de novo. Eu fazia muitos planos”.

Topázio: “Que era mais um dia vencido da batalha [...] Eu vinha vê-la, assim eu tinha esperança quando eu chegasse lá, ela tivesse aumentado porque tudo dependia do peso dela. Ela só podia ter alta quando o peso dela estivesse bem. Aí eu chegava lá, eu ia logo ver o peso dela para ver se ela estava bem porque eu estava com medo porque a gente via que em muitas criancinhas de lá, o peso diminuía [...]”.

Muitas mulheres sofrem com a divisão que se instala em sua vida com a internação prolongada do bebê porque querem estar com eles no hospital e ao mesmo tempo têm que dar conta da administração da casa. A maioria dessas mães recebeu o apoio de seus familiares enquanto seus bebês se encontravam internados no hospital e contaram com a ajuda desses seus entes queridos na realização das tarefas domésticas. Uma delas referiu o apoio apenas do marido.

Quartz: “Minha mãe e minhas irmãs me ajudaram e minha filha de onze anos cuidava da casa”.



Turquesa: “Ninguém deu apoio. A gente pedia a uma pessoa lá. Inclusive quando eu estava internada, eu pedi logo para ir embora porque as minhas meninas ficavam sós. Ele saía para trabalhar e as meninas ficavam sós o dia todo”.

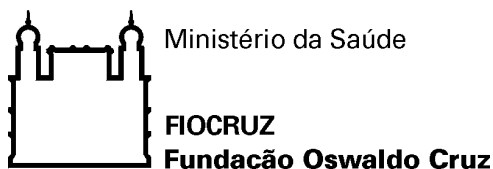
7.2.3 As expectativas sobre a equipe e a alta hospitalar e os cuidados domiciliares com o bebê

A categoria em apreço registra as expectativas e observações efetuadas pelas mães em relação à assistência prestada pelos profissionais de saúde envolvidos por ocasião do internamento hospitalar de seu bebê em consequência de sua prematuridade e o momento da alta hospitalar, bem como da possibilidade da convivência integral e de assumir todo o cuidado do bebê em casa. Permite a subdivisão em 06 subcategorias: a satisfação pela assistência prestada; o ressentimento pela falha no ensinamento dos cuidados com o bebê, por deficiências do hospital ou pela atuação dos profissionais de saúde na assistência materno-infantil; a alegria com a sonhada alta hospitalar; a dúvida e a ansiedade de saber cuidar do bebê em casa; o prazer ao cuidar de seu filho; as dificuldades vivenciadas para comparecer à consulta no ambulatório e o apoio sentido com a assistência prestada pela equipe ambulatorial.

Muitas mães disseram que estavam satisfeitas com o atendimento que os profissionais de saúde lhes proporcionaram e aos seus filhos. Sentiam-se agradecidas e reconheciam que eles fizeram tudo o que puderam para garantir uma boa evolução para o bebê.

Quartzo: “Eu não preciso dizer nada porque todas as coisas que eu queria, eles fizeram. Só em eles terem cuidado da minha filha bem direitinho, terem dado atenção muita a ela, tanto a ela como a mim, eu não tenho de dizer nada.”

Algumas mulheres apontaram falhas no ensinamento às mães sobre os cuidados necessários aos seus recém-nascidos. Referiam que não foram devidamente orientadas para assumir o cuidado de seus filhos em suas casas, principalmente porque na UTI o ensino era deficiente. Houve depoimento de insegurança no cuidado ao bebê



na Enfermaria Canguru e de que o saber cuidar devia-se à experiência prévia com outro filho nascido prematuro ou à ajuda de sua mãe.

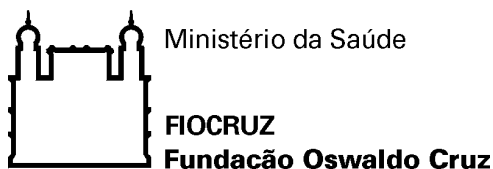
Rubi: “Se tivessem me ensinado aqui, teria sido melhor”.

Houve desagrado por parte de algumas dessas mulheres pelas dificuldades percebidas com a falta de alguns produtos no hospital ou pela atuação não humanizada de alguns profissionais de saúde na atenção dispensada a elas ou aos seus bebês. Decorreram de falta de fraldas no hospital, falhas na informação sobre o estado de saúde da criança e a mecanização da assistência prestada – as crianças tratadas como objetos. Na fala abaixo a mulher expressa seu sentimento de impotência diante do quadro clínico do bebê e da dificuldade dos profissionais perceberem seu sofrimento e de a apoiarem.

Pérola: “Elas não sabem como se direcionar às mães, elas não sabem porque quando você tem um bebê prematuro e o bebê está na UTI, está dentro de uma incubadora, você sente aquilo ali como se você sentisse que não pode fazer nada por aquela criança e aquilo magoa muito à mãe. Tem auxiliar que não entende isso, que não sabe como se comportar, como tratar a mãe, acha que é só trocar a fralda e botar o leite na sonda e pronto, o trabalho está feito. Mas o que mudou também no Médio Risco foi isto, que tem auxiliares no Médio Risco que são mais humanas. Na UTI não, elas ficam lidando com máquina, tratando as máquinas, então pronto, troca a fralda, bota o leite na sonda, vira a criança, pronto, vai para o outro : troca a fralda, a mesma coisa, da mesma forma, não tem aquela coisa de conversar com a mãe quando a mãe que está perto e está chorando... O que eu esperava era que as enfermeiras e as auxiliares elas fossem mais humanas, elas são muito mecânicas. As médicas são um pouco mais humanas, mas as enfermeiras não são .”

Brilhante: “[...] No Médio Risco, às vezes, a pessoa que ficava olhando os bebês pegava no bebê como se estivesse pegando em quê? Eu ficava imaginando porque sei lá, ela era tão pequenininha que ela pegava como se estivesse pegando em qualquer coisa. Aí eu perguntava, por que ela não pegava a criança direito? Às vezes pegavam como se estivesse pegando num boneco, sei lá.”

A notícia da alta hospitalar de seus bebês foi recebida por grande parte das mães com muita emoção, surpresa e alegria. Esse era um momento ansiosamente esperado e algumas dessas mães ficaram tão felizes que providenciaram logo a roupa para sua criança e transporte para sair do hospital a caminho de seus domicílios. Ficar com seu filho no hospital não era uma experiência agradável mesmo na Enfermaria Canguru onde se sentiam mais seguras e assistidas. Algumas das entrevistadas relataram que foram para seus lares tristes e decepcionadas por seus filhos não saírem do hospital



mamando. Houve também quem chegasse em casa causando a admiração dos familiares pelo restabelecimento de sua criança que para alguns tinha pouca chance de sobreviver. Solidariedade e fraternidade por parte dos familiares e amigos foram percebidas nos relatos daquelas mães.

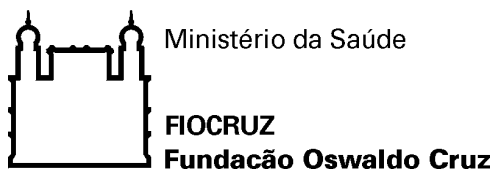
Pérola: “Ah, eu arrumei as coisas rapidinho. Apesar dos cuidados que você tem lá no Canguru, lá você tem liberdade, mas você não tem privacidade. É tudo muito exposto, lá em casa não, você se sente mais à vontade.”

Quartzo: “Aí quando eu cheguei em casa com ela [...] todo mundo estava assim parado, sem acreditar que eu estava com ela. E eu na chuva com ela, pedindo para eles abrirem o portão... Aí ficaram todos dormentes. O pai dela só faltava chorar sem acreditar que era ela. Botou ela nos braços, cheirou, aí chegou a minha família todinha. Aí quando o pessoal viu que eu não tinha comprado tudo para ela, estava faltando o berço e mais outras coisas para ela, aí quando ela chegou, apareceu, chegou um berço, chegou tanta da coisa para ela!”

Algumas mulheres afirmavam que se encontravam preparadas para cuidar de seus bebês em suas casas. Outras mães sentiram ansiedade, insegurança e dúvida sobre sua aptidão para realização dos cuidados diários de seu filho. Cada dia era esperado como mais uma batalha a ser enfrentada uma vez que algumas genitoras ficavam em suas casas sozinhas com seus bebês recém-chegados do hospital. Nesse momento elas refletiram sobre a importância da capacitação durante o internamento hospitalar de seu bebê e como os ensinamentos sobre os cuidados eram importantes para esse período em casa. As mulheres revelaram que aos poucos foram se acostumando com a rotina de cuidados diários com o bebê e aprendendo a cuidar e a vencer o despreparo e o medo. Então essa vitória foi computada em suas vidas.

Jade: “Eu já tinha aprendido muitas coisas. Mas eu ainda tive muito medo porque elas disseram que eu tinha que cuidar dele bastante, que ele era prematuro [...] Que eu tinha que estar sempre perto dele e que ele tinha que estar sempre limpo [...] Não é como esses meninos de nove meses [...] Eu passava a noite quase toda acordada, com medo que acontecesse alguma coisa com ele [...] Ele tinha refluxo, aí eu tinha medo dele ficar roxo, não respirar [...] Aí eu tinha medo [...] Com o passar dos dias, o medo foi passando.”

Ao se indagar a essas mães sobre o que as levava a sentir mais prazer na vivência do cuidado de seus bebês em seus lares, foram obtidas respostas diversas que, no entanto, denotam a construção de uma relação de amor. Este sentimento se mostra tão forte que aprecia e ampara o sorriso, o choro, o momento de raiva, os instantes da



amamentação, do banho, de vestir a roupinha, do passeio e da acalmia. Em suas falas afirmavam que era inegável o prazer de saber que ao amamentar o seu filho, estavam contribuindo para um maior crescimento e desenvolvimento dele.

Granada: “Dar de mamar, meu Deus, é a coisa melhor do mundo. Quando ele está mamando, é inexplicável. É bom demais, saber que ele está tirando o alimento dele de você, está dando saúde a ele. É através do meu leitinho que ele está crescendo.”

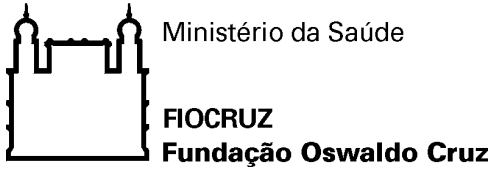
Lápis lazuli: “Tudo eu gosto de fazer para ele. Acho que não tem uma coisa, tudo que eu faço para ele, é com amor.”

São evidenciadas muitas dificuldades na condução dessas crianças ao ambulatório, principalmente naquelas mulheres que residem em municípios distantes, sendo obrigadas a saírem cedo de casa para conseguir vaga em transportes coletivos. Associa-se também o fato de que geralmente trazem além do filho nos braços, uma volumosa bagagem de mão portando roupas e utensílios necessários para higiene e alimentação do bebê. As precárias condições financeiras dessas mães não permitem que compareçam às consultas ambulatoriais acompanhadas por familiares que pudessem lhe dar apoio. Relatavam também as dificuldades com os meios de transporte em especial nos dias com tempo chuvoso ou de muito calor, e as preocupações com o receio da criança adoecer.

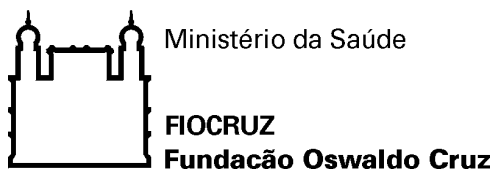
Fluorita: “Ah, é porque eu mesmo me levanto às duas horas da madrugada. Assim, eu moro no interior, mas para eu vir para consulta aqui, eu tenho que vir um dia antes, dormir na casa da minha sogra e de lá vir de madrugada, nem sempre o meu marido pode vir comigo porque é lotação e preenche tudo e ele não pode vir. Hoje eu vim sozinha, é uma dificuldade porque eu não conheço nada aqui em Fortaleza. Aí o ônibus me deixa aqui na porta e me pega aqui na porta, mas eu não sei, a dificuldade é esta. Sempre eu saio de manhã e chego quase à noite em casa.”

Quartzo: “No ônibus e às vezes o dinheiro também que não tem. Também não tem carro, tem que pedir dinheiro emprestado, aí ele é motorista, só recebe dinheiro para o mês, aí talvez tenha dias que a gente não vai ter dinheiro. Aí vai ser ruim.”

Essas mães se sentiram apoiadas e orientadas pela equipe de profissionais que presta serviços no ambulatório de seguimento de recém-nascidos egressos da UTI Neonatal. Todas as mulheres ficaram satisfeitas pelas informações e ensinamentos recebidos tornando-as mais seguras nos cuidados de seus filhos e mais confiantes na sua relação com a equipe de profissionais.



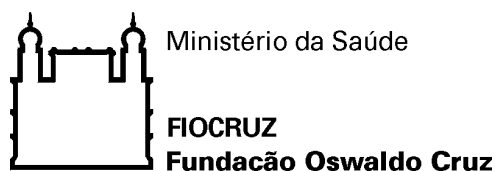
Opala: “A doutora que está atendendo, é a doutora D. A gente pergunta e ela orienta e dá apoio. Ela orienta o que é melhor fazer, o que não deve fazer, deve fazer aquilo. Ela orienta muito, você aprende muito, dá mais segurança.”



8 DISCUSSÃO

Esta pesquisa foi realizada em um hospital público terciário de Fortaleza, referência na assistência materno-infantil especializada, onde se registrou 1644 nascimentos no período de setembro a dezembro de 2007. Deste quantitativo, 449 (27,31%) Recém-Nascidos apresentavam Baixo Peso ao Nascer sendo que 106 (6,45%) consistiam em Recém-Nascidos de Muito Baixo Peso. Estudos populacionais realizados por Giglio et al.³⁰ com Baixo Peso ao Nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia, no ano de 2000, evidenciaram uma incidência média de RNBP de 6,8%. Por sua vez, Victora e Barros⁷², em estudo sobre a mortalidade infantil por causas perinatais no Brasil, faz referência sobre a média mundial de 18% para RNBP. Na literatura, há também a descrição da incidência 1,2% de RNMBP em estudo populacional efetuado por Machado⁷³ em uma coorte do ano de 1998 em São Paulo. As altas taxas de baixo peso ao nascer no hospital estudado evidenciam, portanto, sua condição de unidade de referência estadual para o atendimento de recém-nascidos de risco, em especial aqueles com prematuridade e baixo peso acentuados.

A taxa de mortalidade neonatal encontrada para RNMBP foi de 254,7‰ nesse hospital no período acima referido. Este dado corrobora os encontrados no Estudo realizado pelo Grupo Colaborativo *Neonatal del Cono Sur*⁷⁴ cuja taxa de mortalidade encontrada para RNMBP foi de 270‰ em unidades de cuidado intensivo neonatal, de quatro países sul-americanos. No Brasil, estudo realizado por Duarte & Mendonça⁷⁵ com os Recém-Nascidos de Muito Baixo Peso, em quatro maternidades do Rio de Janeiro, encontrou taxa de mortalidade neonatal de 260‰. No entanto, um estudo de coorte realizado por Castro & Leite⁷⁶ em 8 maternidades de Fortaleza possuidoras de suporte de UTI Neonatal (públicas e privadas), no período de 2002 – 2003, registrou uma taxa de mortalidade neonatal em RNMBP de 512‰, muito acima do esperado quando comparado com outros estados. A grande diferença quando comparamos esta taxa com a encontrada no presente estudo pode ser explicada pelo investimento realizado nas UTI neonatais, com a aquisição de equipamentos de ponta e com a capacitação adequada de profissionais. Além destes fatos é importante também relatar a



existência de uma rede Norte-Nordeste do Brasil, que tem como objetivo principal melhorar a eficácia e eficiência dos cuidados médicos, na assistência aos RNMBP por meio de programas específicos de pesquisa, educação e de melhora na qualidade da atenção neonatal, inspirada na rede Vermont-Oxford Network (VON)⁷⁷.

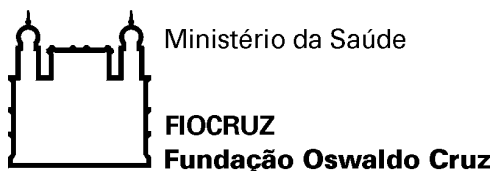
Sabe-se do investimento do sistema de saúde brasileiro em sua rede assistencial, principalmente no que diz respeito à atenção materno-infantil ^{5,26,27,28,78} e, no entanto, os índices de mortalidade neonatal permanecem ainda muito elevados principalmente nas Regiões Norte e Nordeste do país ⁷².

Nasceram no hospital estudado durante o período da pesquisa, 106 crianças com peso abaixo de 1500 gramas, e destas, 94 (88,68%) foram internadas na UTI Neonatal. Eram recém-nascidos que se encontravam graves e que exigiam uma assistência especializada à saúde e com utilização de arsenal diagnóstico e terapêutico de alto custo.

As elevadas taxas de morbimortalidade neonatal no Brasil demonstram a necessidade de uma reestruturação em suas políticas públicas sanitárias no sentido de melhorar o acesso aos serviços de saúde, com o real cumprimento dos objetivos do SUS contemplando os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade de suas ações. Assim, haveria uma assistência qualificada, capacitada em reconhecer as mortes evitáveis e adotar medidas adequadas para reduzi-las ³⁹.

Entre as medidas indicadas para a redução da morbimortalidade neonatal destacam-se a atenção antenatal qualificada, a assistência adequada ao parto e os devidos cuidados neonatais.

A atenção antenatal envolve o acompanhamento pré-natal de qualidade, atribuição que deve ser efetivada pela Atenção Primária de Saúde e amparada pela Estratégia de Saúde da Família que atualmente já se encontra difundida por todo o país. A literatura mundial afirma a importância do cuidado pré-natal na redução do baixo peso ao nascer e conseqüentemente, da morbimortalidade neonatal ^{79,80,81}. Nos casos em que a assistência pré-natal identifica situações de risco obstétrico é importante que a

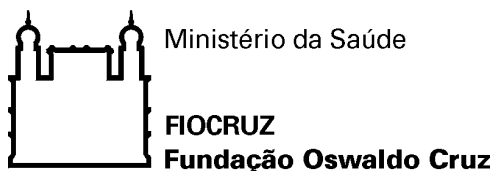


mulher seja referenciada para um serviço de qualidade e equipado para atender as possíveis intercorrências clínicas. Em nossas entrevistas tivemos os relatos de que algumas mulheres não tiveram acesso a um cuidado pré-natal adequado ou mesmo sua transferência para uma unidade de referência no tempo necessário para evitar riscos ainda maiores para mãe e filho.

Lansky et al. ⁴⁴ reforçam a informação de que é fundamental avaliar não apenas a prevenção da morbimortalidade pela melhoria da qualidade da assistência clínica, seja no pré-natal, no momento do parto e ao recém-nascido, mas também a organização da assistência nos seus diversos níveis. É atribuição dos gestores de saúde prover para a população uma rede de assistência integrada com sistemas regionalizados e hierarquizados na área obstétrica e neonatal, capazes de assegurar o acesso da gestante e do recém-nascido em tempo oportuno a serviços de qualidade. Situações como as vivenciadas por algumas das mulheres entrevistadas que tiveram que aguardar às vezes alguns dias por uma vaga no serviço especializado podem comprometer ainda mais a vitalidade destes bebês e piorar seu prognóstico.

De acordo com a rotina hospitalar, os recém-nascidos ao receberem alta da UTI Neonatal são transferidos para a Unidade de Médio Risco ou para a Enfermaria Canguru. No entanto evidencia-se nesta instituição um maior número de internamentos na Unidade de Médio Risco e menor na Enfermaria Canguru que dispõe de apenas cinco leitos. Esta situação vai de encontro à norma que regulamenta a prática do Método Canguru no Brasil como uma forma humanizada do cuidado neonatal ²⁷.

A importância de um maior contato mãe-bebê já foi confirmada em diversos estudos ⁸², visto que as primeiras horas e dias após o parto são determinantes na formação do vínculo materno-infantil. A metodologia utilizada na Enfermaria Canguru além de proporcionar calor, alimento e amor ⁸² apresenta vários outros benefícios. Estes consistem na redução no período de separação mãe-filho, importante para a estimulação sensorial; estímulo ao aleitamento materno; maior preparo e empoderamento das mães no manuseio de seu bebê mesmo após a alta hospitalar; melhor relação e interação entre mães e profissionais de saúde; redução na taxa de infecção hospitalar e diminuição na



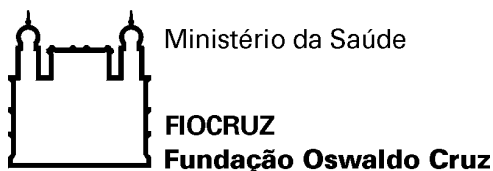
permanência hospitalar. Com isso, os custos de atenção ao prematuro são reduzidos associados ao aumento da sua sobrevivência e promoção da qualidade de vida frutos da humanização do método.

As características sócio-econômicas identificadas nas mulheres deste estudo coincidem com as demonstradas nos achados das investigações de pesquisadores brasileiros, tanto da Região Nordeste ⁸³, Centro-Oeste ³⁰ e Sudeste ⁷⁵. Isto nos conduz a relacionar as condições sociais dessas mães como fatores diretamente relacionados com a prematuridade uma vez que esta é de etiologia multifatorial ⁸⁴.

Nesse grupo de mulheres, havia um predomínio de primíparas (52,38 %). A idade gestacional média verificada foi de 29 semanas, comparável à identificada por Rades ⁸⁵ em São Paulo, numa pesquisa realizada no intuito de identificar os determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. Inclusive as co-morbidades evidenciadas nas parturientes, que contribuíram para ocorrência do parto prematuro foram semelhantes quantitativa e qualitativamente às encontradas no referido estudo: hipertensão arterial sistêmica, ruptura prematura de membranas e doença hipertensiva e específica da gravidez.

A média de permanência hospitalar de sete dias observada nas mães de prematuros que não estiveram internados na Enfermaria Canguru, demonstra uma quebra no vínculo mãe-bebê, um maior desgaste físico e psicológico pela necessidade de comparecimento diário ao hospital, mesmo recebendo ajuda financeira da instituição para despesas com deslocamento. Além disso, outro problema encontrado consistiu na redução na produção do leite materno quando estas mães são comparadas com as que permanecem internadas com seus filhos na Enfermaria Canguru ⁸⁶. Nestas, a média de permanência hospitalar foi de 45 dias, promovendo uma maior interação mãe-bebê, maior oportunidade de aprendizado dos cuidados com o RN e maior disponibilidade e incentivo ao aleitamento materno.

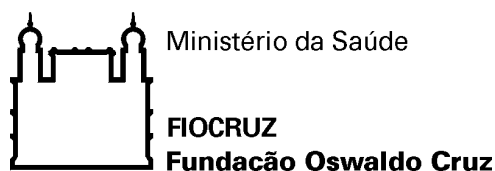
A permanência hospitalar média de 94 dias observada no grupo dos Recém-Nascidos com Extremo Baixo Peso (RNEBP) foi maior do que a média de 50 dias de



internação encontrada no grupo de RNMBP. Isto coincide com os achados de Eichenwald et al.⁸⁷ que relaciona o tempo de internação hospitalar à idade gestacional e o peso ao nascer. As médias registradas de permanência na UTI e Unidade de Médio Risco também se assemelham com as encontradas no estudo de Marino⁸⁸. Esses longos períodos de internação refletem a gravidade do quadro clínico desses bebês e também nos dão uma idéia do enorme desgaste a que são submetidas estas mulheres que ficam divididas entre a necessidade de comparecer ao hospital para acompanhar o filho na UTI e retirar o leite materno que será parte da alimentação e do cuidado das suas tarefas de casa e de outros filhos.

Esse estudo procurou compreender todo o contexto que envolvia a vida destas mulheres desde o momento em que tomaram conhecimento da gestação até o da precoce chegada do bebê. Segundo Piccinini et al.⁸⁹ a gestação provoca alterações biopsicossomáticas na mulher, podendo interferir na dinâmica da maternidade e na relação mãe-bebê. Também se buscou conhecer suas percepções, seus entendimentos e seus aprendizados no período vivido com o filho hospitalizado. Identificar as expectativas de aprendizagem dos cuidados com o bebê, criadas na relação com a equipe de profissionais que os assistiram até o instante da alta hospitalar quando se encontrariam sozinhas assumindo os cuidados domiciliares “especializados” a serem dispensados a esses bebês.

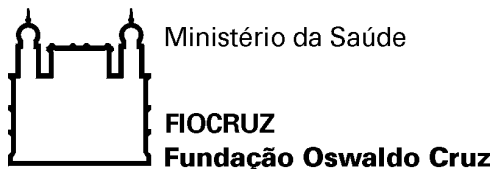
Os resultados obtidos com a análise do conteúdo das falas dessas mulheres quando se referiam ao período gestacional retratam uma complexa rede de demandas afetivas, sociais e econômicas que fazem parte de sua realidade. Os sentimentos vivenciados por essas mães revelaram uma miscelânea de questões, expectativas e formas de pensar diante da iminência de um parto prematuro. A gravidez não planejada, a situação conjugal, as questões de saúde, o trabalho e a família foram apontados em diversos contextos como elementos que de alguma forma influenciaram a vivência do diagnóstico da gravidez e mesmo a evolução até o parto prematuro. Foi importante verificar como muitas mulheres valorizaram o apoio dos companheiros e dos familiares para enfrentar as diferentes dificuldades enfrentadas durante a gestação e o parto.



Percebemos com o estudo que embora muitas vezes existisse a vontade de ser mãe, nem sempre esta era uma decisão própria ou individual da mulher, mas muitas vezes imposta por outros fatores. Às vezes essas mulheres sofriam atribuições importantes em suas vidas em seu período gravídico, seja por problemas de saúde próprios ou de familiares, seja pela relação fragilizada com o companheiro. A emergência de tantas e diferentes questões nas falas destas mulheres aponta para a necessidade de um atendimento por uma equipe multidisciplinar, tanto no pré-natal quanto no acompanhamento desta mulher após o parto no sentido de propiciar um atendimento mais integral. Em muitos relatos deste estudo, foi referido o desejo do companheiro de ser pai. Assim, a gravidez seria percebida pela mulher como uma retribuição frente à expectativa do parceiro. O que vai ao encontro da visão antropológica de Mauss⁹⁰ que concebe a gestação como uma “Tríplice obrigação de dar, receber e retribuir” e assim, reforça a aliança conjugal e com os parentes consangüíneos⁹¹.

Os depoimentos revelaram que o apoio do companheiro e/ou da família foi considerado essencial no enfrentamento e superação das adversidades vivenciadas na gravidez. Evidencia-se que a ausência do companheiro na vida de algumas dessas mulheres, foi substituída pelo amparo e compreensão da família, trazendo-lhes alívio e sentimento de proteção. Esta demanda aponta para a necessidade dos serviços de saúde estar atentos para identificar o suporte social que estas mulheres têm durante a gestação e facilitar a participação destas pessoas nas consultas de pré-natal, no momento do parto e também no puerpério.

Como compreender a chegada do esperado antes da hora e com possibilidade de perdas concretas? A resposta não poderia ser outra, a não ser uma triste surpresa, dor, sofrimento, angústia e medo. Esses sentimentos foram verbalizados literalmente pelas mães entrevistadas. Moreira e Bomfim⁹ relatam que a identificação de um problema na gravidez, classificando-a de risco, já justifica que a mulher seja preparada para a possibilidade de ter um filho prematuro e de que haja a necessidade de que ele seja internado numa UTI Neonatal. Esta preocupação em esclarecer a mulher



sobre as necessidades de cuidado de um bebê prematuro pode de certa forma tranquilizar a mulher e evitar uma situação completamente inesperada, pois é melhor que sejam evitadas surpresas na sala de parto. O nascimento de uma criança prematura deve sempre que possível ser planejado e acontecer sob condições de suporte adequado à mãe e ao bebê.

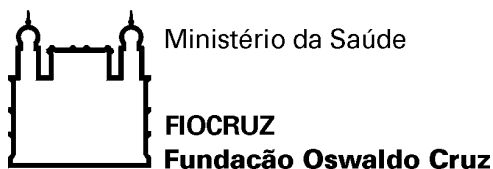
Verificou-se, no entanto, que não foi sempre assim que os nascimentos dos bebês das mulheres entrevistadas aconteceram. Assim, o anúncio do nascer prematuro do filho, foi percebido por todas as mães como surpresa, permeada de tristeza e dúvidas. A este respeito, as autoras anteriormente referidas, descrevem esse momento como realmente muito complicado, pois já nascer dependente de um arsenal tecnológico e de diferentes pessoas, onde deveria haver intimidade e naturalidade, transforma-se em um ambiente de tensão e dominado pelas máquinas.

O resultado disso tudo é gerador de dúvidas, angústias, ansiedade e medo. Chauí ⁹² define o medo numa linguagem metafórica e poética, mas puramente verdadeira:

Temos medo da fala mansa do inimigo, mas muito mais, quão mais, do inesperado punhal a saltar na mão há pouco amiga para trespassar nosso aberto peito ou pelas costas nos aniquilar. É então, quem sabe, nesse ‘medo que esteriliza os abraços’ que descobrimos não termos medo disto ou daquilo, de algo ou de alguém, já nem mesmo medo da nossa própria sombra, somente medo do medonho. Susto, espanto, pavor. Angústia, medo metafísico sem objeto, tudo e nada lhe servindo para consumir-se até alçar-se ao ápice: medo do medo. Juntamente com ódio, o medo, escreveu Spinoza, é a mais triste das paixões tristes, caminho de toda a servidão. Quem o sentiu, sabe.

No caso deste estudo, percebeu-se a expressão do medo pelo desconhecimento da prematuridade, gerando dúvidas nessas mães sobre a possibilidade de sobrevivência do filho. Então, a angústia e a ansiedade dessas mães se objetivaram no medo da perda do filho, no medo da morte.

A necessidade de manutenção da vida dessas crianças, em ambiente diferente do útero materno foi a solução apontada pelo médico e aceita pelas mães, visto



que frente à situação de “incompetência materna”, não havia outra alternativa. Pérola metaforicamente traduziu esta demanda: “[...] A casa em que ela estava não estava dando condições dela viver [...]”

A necessidade de transferência da mulher de outros municípios para o hospital de referência em Fortaleza aponta para a necessidade da estruturação de uma rede melhor estruturada que possa garantir esta referência de maneira mais organizada.

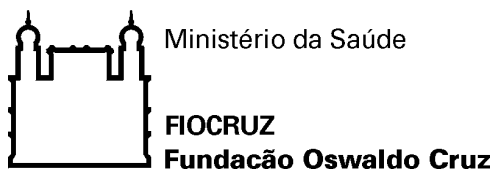
O sustentáculo dessas mulheres frente ao infortúnio que é permeado pelas dificuldades já citadas, se concretiza na esperança que as mesmas depositaram na equipe de saúde, em particular no médico, no hospital e, principalmente, na fé e crença na intervenção divina.

O relato das mulheres da importância da relação com outras mães que já tinham passado pela experiência inicial do parto prematuro aponta para a implementação de uma estratégia que pode ser utilizada pelos serviços neonatais que seria o desenvolvimento de atividades em que as mães tenham a oportunidade de trocar suas experiências no cuidado dos bebês prematuros.

Essas mães ao entrarem neste ambiente de mecanização do cuidado relataram o impacto nelas produzido não apenas pela quantidade de equipamentos e pessoas ali existentes, como também pela ausência de homogeneidade nas atitudes e informações repassadas. Foram percebidas contradições e inconsistências nos informes por elas recebidos, causando nessas mães certa frustração pelas expectativas não contempladas.

O descontentamento enfático por elas se traduzia pela formalidade na relação com os profissionais de saúde que falavam numa linguagem técnica, caracterizando uma assimetria na relação mães e profissionais da UTI, estes últimos percebidos como inatingíveis e detentores do saber.

Por outro lado, algumas mães se sentiram apoiadas e com expectativas supridas ao referirem que foram informadas sobre o estado de saúde de seus filhos. Essa



informação, no entanto, não ocorreu de forma unívoca e na amplitude e profundidade que elas precisavam.

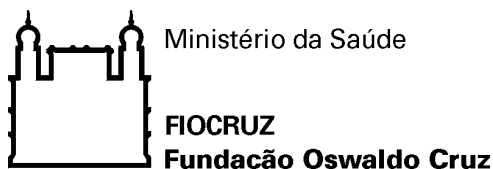
A literatura ressalta a importância da implementação de uma rotina de acolhimento dos pais e familiares de bebês prematuros, na UTI Neonatal, para diminuir a ansiedade e o sofrimento que passam por causa da patologia do seu filho. Esta conduta é de fundamental importância para o suporte desenvolvimental da criança ⁹³.

A equipe deve estar preparada para ouvir essas mães, informá-las adequadamente, tratando-as individualmente e transmitindo-lhes confiança ^{94,95}. Esta confiança se dá pela comunicação efetiva, que se mostra essencial no diálogo do cotidiano da UTI vivido por essas mães, que intermedia as relações e que minimiza a assimetria comum e observada neste estudo.

Rodrigues ⁹⁶ compara a UTI Neonatal a um palco onde os profissionais de saúde são os atores principais “donos do saber científico”, e os pais, meros espectadores e ouvintes passivos de todo o espetáculo. Já Klaus e Kennell ⁹⁷ afirmam que o papel central do profissional de saúde na UTI é apoiar a família em seus esforços de obter informações e esclarecimentos sobre a saúde de seu filho e de participar dos cuidados de seu bebê.

Esse apoio deve ser realizado de forma afetuosa, linear e que consiga desfazer a assimetria que é caracterizada pela submissão dos pais aos profissionais de saúde. Deve-se instituir o cuidado ético, integral, integrado e humanizado não apenas ao bebê, mas extensivos à família.

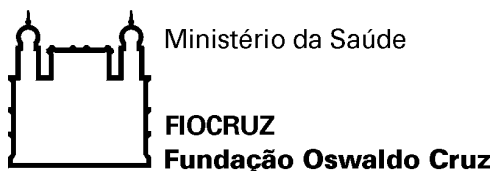
No entanto, não se pode desconsiderar fatores como a rotatividade de profissionais e excesso de trabalho demandado pela assistência especializada associada a uma constante superlotação nas unidades neonatais que sobrecarregam a equipe e a conduzem à adoção de tecnicismo ⁹⁸. Na verdade, exige-se desses profissionais comportamentos e atitudes humanizadas e se esquece que eles muitas vezes suportam cargas laborais e de responsabilidade acima de suas capacidades físicas e mentais.



A permanência da mãe junto ao filho prematuro nas unidades neonatais já é recomendada desde 1951 por Bowlby e amparada pelos estudos de Klaus e Kennell ⁹⁷ que demonstraram sua influência no desenvolvimento posterior dessas crianças. Além disso, esta modalidade de intervenção atua também como facilitadora do aleitamento materno, sendo comprovada após extensa revisão da literatura. As pesquisas comprovam que as mães que estiveram internadas com seus filhos em Enfermaria Canguru apresentam uma maior duração na continuidade do aleitamento materno e maior satisfação e autoconfiança em relação aos filhos prematuros ^{82,99,100}.

O prematuro por apresentar imaturidade fisiológica e neurológica e hipotonia muscular com controle inadequado da sucção/deglutição/respiração, deve ser poupado do esforço da sucção na mama até que complete 34 semanas de gestação, já extra-útero. Assim a técnica da gavagem é a preconizada na UTI até que ele apresente condições clínicas que permitam a amamentação. Com isso, a mãe deve ser estimulada a desmamar e ajudar participando dos momentos em que o leite materno é introduzido na sonda oro-gástrica do seu filho. Este procedimento, no entanto, é por vezes desempenhado por essas mães sem a devida explicação. Fato que gera conflito uma vez que as referidas mães foram orientadas sobre a importância do aleitamento materno durante o pré-natal e sem saber o porquê não têm permissão de amamentar seus filhos naquele local.

A impossibilidade de amamentar passa a ser causa de frustração nessas mães associada à situação em que não podem colocar seus filhos nos braços. Além disso, presenciam o sofrimento desses bebês ao terem suas veias puncionadas e colocados em vários aparelhos, sentindo-se impotentes e sem uma explicação clara sobre a necessidade de tais condutas e procedimentos. Emerge nelas a percepção de que estão sempre sendo observadas e disputando a maternagem com as profissionais da UTI Neonatal. Ressentem-se pelo restrito acesso ao cuidado de seus filhos, com sensação de incompetência ao ser permitido apenas alguns momentos de interação com os mesmos resumidos em duas únicas atividades: introduzir o leite na sonda e acariciá-los.



Algumas mães passaram a assumir determinadas responsabilidades no cuidado de seus filhos no Médio Risco, como trocar fraldas, banhá-los e alimentá-los supervisionadas pela equipe da enfermagem, desempenhando realmente suas funções na maternagem. Esses cuidados, porém, não eram repassados de forma sistematizada, havendo assim, mães que de lá saíram sem a capacitação devida para cuidar de seus filhos e tiveram que recorrer aos ensinamentos de suas próprias mães.

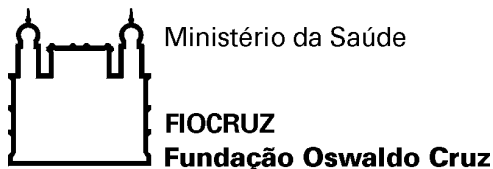
Por outro lado, o período em que essas mães passaram com seus filhos pela Enfermaria Canguru foi caracterizado por um ensinamento intensivo dos cuidados necessários no dia a dia de suas crianças e de um bom nível de aprendizado apesar de acompanhado de insegurança e medo.

A proposta do cuidado na Enfermaria Canguru contempla o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, a integralidade do cuidado e o incentivo ao aleitamento materno. Representa a excelência do atendimento humanizado e proporciona uma terapêutica holística da criança valorizando o envolvimento da mãe no processo de recuperação de seus filhos. E nesse local as mães dividem “o palco” com os profissionais de saúde.

Infelizmente, devido à insuficiência de leitos de canguru, apenas sete mães puderam usufruir dos benefícios desta etapa do tratamento de seus bebês. O Ministério da Saúde ²⁷ recomenda a adoção e disseminação dessa estratégia com base nos princípios da humanização da assistência e da cidadania.

Apesar da conhecida eficácia da estratégia desse serviço, infelizmente algumas mães saíram da Enfermaria Canguru sem conseguir amamentar seus filhos. Esta incompetência pode estar relacionada a uma miscelânea de sentimentos que emergiram pela experiência traumática de ter um filho prematuro.

A vivência do parto prematuro provoca profundas alterações na dinâmica familiar e se exacerba com o prolongamento da internação do bebê que obriga a mãe a exercer vários papéis ao mesmo tempo: a sua função de mãe, acompanhante e cuidadora. Esta situação é vivida por toda mãe e família de prematuro, porém se agrava



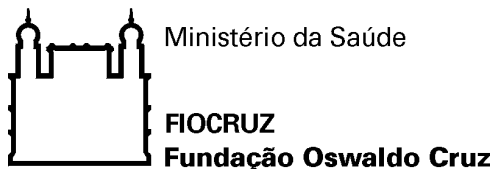
quando ela é procedente de outro município e que deixa outros filhos menores em sua casa.

No presente estudo, a maioria das mães que residia em outros municípios ficou internada no hospital por todo o tempo necessário para o tratamento do filho, porém existiam aquelas que, por terem outros filhos menores em casa, optaram por ficar com estes últimos já que seus recém-nascidos estavam assistidos pela equipe de profissionais do hospital. Essa instituição disponibiliza recursos para o transporte das mães residentes em Fortaleza que se comprometessem em ir diariamente ao hospital e lá permanecesse por 12 horas do dia. As mães que não se adequassem a esta rotina, não teriam direito ao vale-transporte.

Assim, evidencia-se uma falha na organização da assistência perinatal, visto que os centros de referência localizam-se nas grandes metrópoles, penalizando as gestantes de risco que habitam nas localidades mais distantes. Além disso, a atenção primária, que é uma atribuição do Programa de Saúde da Família, é negligenciada e não oferece uma rede de apoio e proteção à família dessa mulher principalmente durante a permanência do filho no hospital.

As expectativas de aprendizado nem sempre foram preenchidas com exceção das mulheres que puderam vivenciar a internação na Enfermaria Canguru. Portanto, se faz necessário que a medicina praticada em unidades neonatais não se baseie apenas em tecnologia de elevado padrão, mas que também leve em consideração a humanização do atendimento. Os pais do prematuro devem ser vistos como colaboradores no cuidado com a criança e como presenças essenciais para um saudável desenvolvimento psicomotor e do apego ¹⁰¹.

Essas mulheres descrevem a alta hospitalar como o momento de surpresa e alegria por poderem retornar aos seus lares levando seus bebês consigo, mescladas pelo medo e insegurança em saber se conduzir nas tarefas cotidianas de cuidados com seus filhos. Relatam também nessa categoria, as dificuldades e prazeres vividos na difícil arte de cuidar de crianças que demandam de uma atenção especial, os desafios enfrentados



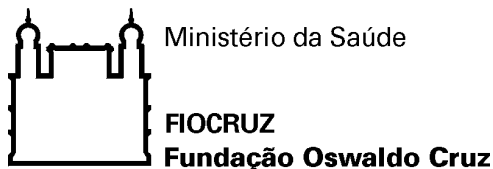
na condução de seus filhos ao ambulatório de egressos da UTI Neonatal e suas percepções com relação à assistência prestada pela equipe ambulatorial.

Apesar de grande parte das mães terem referido satisfação e reconhecimento pela atenção dispensada a seus bebês, registram-se em seus depoimentos, falhas na relação da equipe de saúde com essas mães, visto que ainda não foi incorporada a prática do cuidado numa perspectiva holística, pois segundo Boff ¹⁰² cuidado *“representa uma atitude de ocupação, de envolvimento e de responsabilização com o outro”*. Além do mais, a excessiva utilização do arsenal tecnológico promove um distanciamento entre o profissional, altamente especializado, e o sujeito do cuidado, de modo que se estabelece uma relação superficial e impessoal.

Dessa maneira, percebe-se a substituição do foco de atenção na criança e suas demandas individuais e na família pela concentração de esforços no domínio perfeito dos equipamentos e procedimentos automatizados. Esse modelo de atenção centrado na doença e na sua medicalização se afasta dos pilares do Sistema Único de Saúde. Este prioriza as ações de universalidade, integralidade e equidade com foco no ser humano como cidadão, inserido num contexto social, econômico, cultural e com demandas subjetivas que não podem ser negligenciadas.

A Unidade de Médio Risco e a Enfermaria Canguru foram os setores onde essas mães referiram ter recebido um maior aprendizado, ter sido tratadas com humanização e autorizadas a participar mais ativamente do cuidado de seus filhos. Mesmo satisfeitas com a valorização a elas atribuída, a notícia da alta foi recebida com euforia pela possibilidade de, finalmente, assumirem em casa o cuidado integral de seus filhos.

Paradoxalmente, a alegria com a sonhada alta foi substituída gradativamente por ansiedade, dúvidas e temores sobre sua capacidade de cuidar devido a não ter sido habilitada adequadamente pela equipe multiprofissional do hospital. Este preparo deve ser iniciado desde o momento da internação do bebê na UTI Neonatal, para que a mãe usufrua de um espaço para observar, participar, perguntar e discutir.



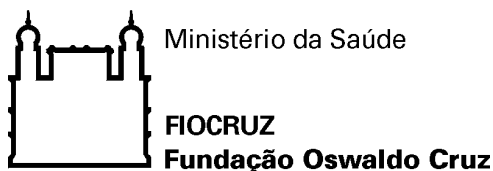
A equipe de profissionais que compõe todo o serviço de Neonatologia do hospital deve se instrumentalizar de práticas de sistematização do cuidado ao recém-nascido por meio de planejamento eficaz de estratégias de capacitação das mães durante toda a internação do bebê e elaboração e implementação de um plano de alta hospitalar^{10,12}.

Assim, essa preparação é fundamental, pois estudos mostram que a alta do filho prematuro pode causar problemas psicológicos e apreensão, visto que o período de internação do bebê geralmente é longo e suficiente para desenvolver uma relação de dependência da mãe com a instituição e os profissionais. Esta mãe frustra-se ao perceber o rompimento abrupto do cuidado fornecido pela equipe, com a sensação de banimento que, por sua vez, gera insegurança e medo. Razão pela qual a alta deve ser planejada e a mãe preparada gradativamente para juntamente com sua família, receber e cuidar do novo membro da família, com segurança e confiança em si mesma.

À medida que essa mãe vai cuidando de seu bebê no âmbito do lar, ela vai se sentindo capaz e se empodera da maternagem plena pela consolidação do vínculo mãe-bebê como relação de amor. Está formada então, a simbiose perfeita cujo resultado dessa interação se constitui no prazer imensurável de sentir-se importante e responsável pelo crescimento e desenvolvimento do filho.

A necessidade do retorno da criança à instituição para comparecimento ao ambulatório de seguimento de egressos da UTI Neonatal era mais um desafio a ser enfrentado por essas mães. Essa dificuldade era percebida com maior intensidade naquelas que residiam em outros municípios, que se viam obrigadas a mudar a rotina familiar, a conseguir recursos financeiros para o transporte coletivo e sem condições de contar com o acompanhamento de familiares, pois isso denotava maiores custos.

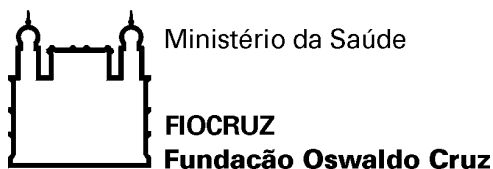
O apoio e a compreensão descritos por unanimidade por essas mães demonstravam a satisfação pelo acolhimento, pelas informações e pelos ensinamentos ofertados pela equipe ambulatorial dessa instituição. A formação desse elo possibilita o



estreitamento da relação desfazendo a assimetria percebida de modo enfático por ocasião da internação de seu filho.

A literatura confirma a importância do acompanhamento do bebê prematuro em unidade ambulatorial especializada para dar continuidade ao processo de recuperação da criança e fornecer apoio e segurança aos pais. A equipe envolvida nessa assistência deve ser multidisciplinar e capaz de seguir e avaliar o crescimento pômdero-estatural, o desenvolvimento neuropsicomotor e as funções de visão e audição da criança ¹¹. Isto contribui para a detecção precoce de agravos, manutenção da saúde pela continuidade do tratamento com redução de risco de re-hospitalização.

Assim foram evidenciados uma diversidade de sentimentos, reações e procedimentos nesse grupo de mulheres diante da experiência vivida de ter um filho prematuro, visitá-lo na UTI e noutras unidades de internação daquele hospital como Unidade de Médio Risco e/ou Enfermaria Canguru. Foram conhecidas suas expectativas diante da assistência fornecida pela instituição e por seus profissionais, bem como suas impressões no momento da alta hospitalar, diante da responsabilidade de assumir os cuidados domiciliares especializados de seu bebê. Foram encontradas nessas mulheres percepções variadas em cada instante descrito, porém esperadas, pois são seres humanos e como tais, singulares e repletos de peculiaridades.



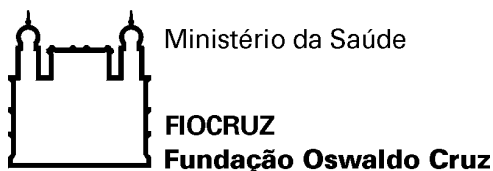
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo que teve como objetivo principal conhecer a percepção das mães dos recém-nascidos egressos de UTI Neonatais sobre as dificuldades cotidianas na realização dos cuidados com seus bebês, tornou possível discutir vários aspectos da assistência perinatal a partir do ponto de vista dessas mulheres. Neste sentido a metodologia qualitativa utilizada na realização desta pesquisa mostrou a importância de suas ferramentas para trazer à tona os aspectos próprios da subjetividade de cada uma das mulheres entrevistadas.

Se ao longo da realização de cada uma das entrevistas com as mulheres foi possível perceber as especificidades de cada uma das experiências relativas à gestação, ao parto e da vivência da internação de um filho prematuro em uma UTI neonatal, foi possível também ao realizar a análise dos dados identificar os núcleos de sentido que construíram os resultados e embasaram a discussão anteriormente apresentada.

Os resultados aqui apresentados mostraram a vivência de mulheres que passaram pela experiência traumática do parto prematuro, permeada por conflitos internos e sofrimentos. Foi possível conhecer suas emoções, identificar suas demandas de cuidado face à imprescindível e necessária separação mãe-bebê e avaliar suas percepções sobre o acolhimento e a assistência, dispensados pelos profissionais de saúde do hospital, durante a internação de seu bebê, bem como após a alta hospitalar.

A trajetória de 12 dessas mulheres aponta para a necessidade de uma maior organização da assistência pré-natal e de sua articulação com os serviços de maternidade de referência para o risco materno e fetal de forma a possibilitar uma atenção integrada e de qualidade a estas gestantes de risco. Desta forma, situações de dificuldades de transporte e de conseguir uma vaga em serviços de referência, relatadas pelas mulheres, poderiam ser minimizadas dando mais segurança às mães e seus filhos. Ao mesmo tempo ficou evidente a necessidade dos serviços de saúde de facilitarem o acesso ao pré-natal e à maternidade, dos companheiros e familiares destas mulheres que lhes dão um suporte que se revelou de enorme importância.

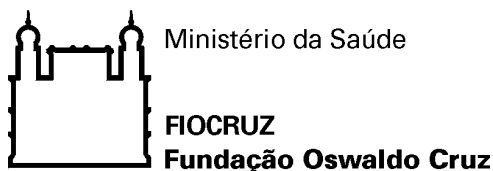


Outro ponto evidente neste estudo é a importância da abordagem dos profissionais de saúde ao tratar com a mulher e sua família sobre os aspectos clínicos de uma gestação de risco e também da iminência de um parto prematuro. A equipe de saúde deve ter clara a importância de um diálogo intenso com estes usuários “especiais” como forma de possibilitar que tenham toda a informação que desejam e que essa troca de informações torne possível que o momento do nascimento seja experimentado de uma forma mais tranquila. Sabe-se das dificuldades das equipes de plantonistas de maternidades de referência para o risco materno e neonatal e as dificuldades de sobrecarga de trabalho que fazem parte do cotidiano dessas unidades, entretanto a experiência do parto de cada uma dessas mulheres é um evento único, que marcará suas vidas e, portanto deve ser tratado dentro desta perspectiva.

A experiência dos pais em relação ao período de internação de seus filhos em uma UTI neonatal, suas necessidades de acolhimento e de informação já foram abordadas por outros autores^{94,96}. Entretanto, as necessárias modificações na rotina dos serviços e na própria postura dos profissionais de saúde não são alvos fáceis de se alcançar.

É preciso um esforço de toda a equipe no sentido de se permitir uma sensibilização sobre como é que mães e familiares enxergam essa atenção. O tempo para acolher e informar mães e familiares não pode estar na dependência do número de tarefas que a equipe de saúde tem a realizar. A importância dessas tarefas deve ser equiparada à dos outros procedimentos que não deixam de ser executados porque são considerados “vitais”.

Esta pesquisa mostrou também a importância para esse grupo de mulheres da experiência de passar algum tempo na Enfermaria Canguru para aprender de forma mais efetiva os cuidados a serem dispensados ao bebê e também de investir na permanência do aleitamento materno. A insuficiência destes leitos na maternidade estudada permitiu que apenas 1/3 das mulheres pudesse usufruir deste tipo de cuidado. É importante que se invista na ampliação da oferta dos leitos canguru conforme



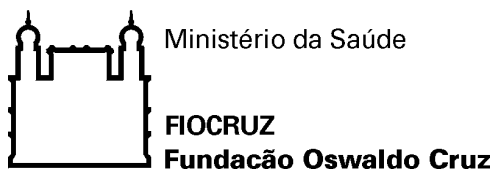
determina a política de Humanização ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru^{27,103}.

A sistematização das informações sobre os cuidados com o recém-nascido após a alta hospitalar e formas de facilitar o contato com profissionais da Unidade Neonatal em casos de dúvidas das mães deve ser perseguida pela Instituição. O alto investimento feito na recuperação de um recém-nascido prematuro de muito baixo peso não pode ser colocado em risco quando se avalia que ele já não precisa mais dos cuidados tecnológicos existentes no hospital. É preciso garantir que mesmo em sua casa este bebê esteja sendo cuidado por sua mãe e por seus familiares de forma adequada.

Faz-se necessário elaborar e implementar um programa de Educação em Saúde sistematizado, destinado a essas mães, com início desde o momento da admissão de seus bebês na UTI Neonatal. Essa capacitação deve envolver informações e participação na prática dos cuidados especializados indispensáveis no cotidiano do prematuro e fornecer um suporte psicológico a essas mães, devendo ser executada por equipe multidisciplinar.

Essa demanda do suporte psicológico por essas mulheres fica evidente quando elas externam seu sofrimento sob forma de medo da perda do filho e de não saber cuidar dele em casa. Assim, é de suma importância se produzir um material de fácil compreensão sobre os cuidados com o bebê, seguindo o exemplo da “Cartilha educativa para orientação materna sobre cuidados com o bebê prematuro”, elaborada em Ribeirão Preto¹⁰. O referido material seria trabalhado com as mulheres na internação e distribuído na alta hospitalar, contendo também os principais contatos telefônicos nos casos de dúvidas das mães.

Seria importante que a alta hospitalar fosse planejada desde a hora em que o bebê se interna, para que os pais se sintam seguros no cuidado de seu filho em seu domicílio. Para que isso acontecesse de forma sistemática seria essencial que as mães fossem incluídas no cuidado de seus bebês, junto com os profissionais de saúde ainda durante a internação de suas crianças.



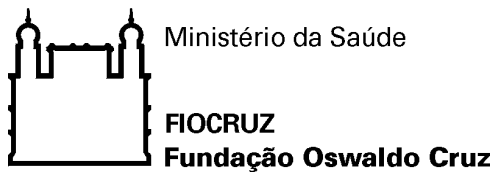
Sugere-se a confecção de folders e informativos com linguagem simples e utilizando figuras e cores que mostrem as técnicas de alimentação, estimulação motora do bebê, boas práticas de higiene pessoal e coletiva e administração de medicamentos. Recomenda-se também, fornecer contato telefônico do serviço para ser utilizado sempre que a mãe tenha dúvidas ao cuidar de seu bebê em sua casa.

Além disso, indica-se o acompanhamento ambulatorial sistematizado dos bebês egressos de UTI Neonatal por uma equipe multidisciplinar capacitada para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, do crescimento pômbero-estatural e das funções auditiva e visual dessas crianças. Para tal, é de fundamental importância a viabilização de recursos financeiros para planejamento e organização das ações promovendo a efetivação da assistência especializada por meio de uma rede de referência.

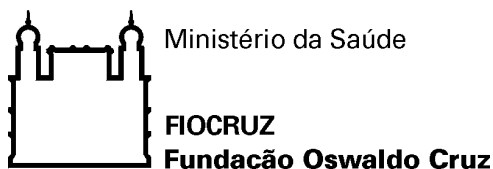
Uma medida que poderia ser adotada seria a implementação da visita domiciliar a essas mães e seus bebês, efetuada por equipe multiprofissional para manutenção do tratamento da criança, fornecendo apoio e segurança aos pais e redução de número de re-internações hospitalares^{10,12}.

Diante do presente estudo, verifica-se a necessidade de reflexões para a promoção de mudanças que priorizem a realidade dos sujeitos que vivenciam a situação analisada – as mães dos bebês internados em UTI Neonatal e suas famílias que se apresentam, em média, detentoras de baixo poder aquisitivo. Recomenda-se um maior investimento por parte do poder público, que forneça subsídios para o transporte dessas mães com seus filhos à rede ambulatorial especializada de saúde bem como a disponibilização de recursos extra que garantam a nutrição adequada dessas crianças.

Em resumo, é fundamental que os profissionais de saúde ouçam seus clientes e priorizem os valores, deveres, direitos e princípios éticos que devem nortear as práticas profissionais e institucionais. É imprescindível a incorporação da integralidade do cuidado bem com a humanização da relação para contemplar o manejo

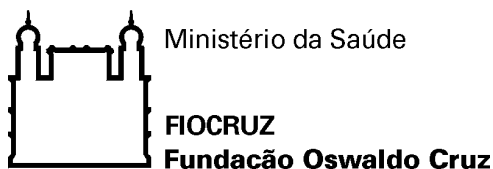


efetivo da complexidade do problema aqui exposto e tornarem efetivas as ações dirigidas a essa clientela.

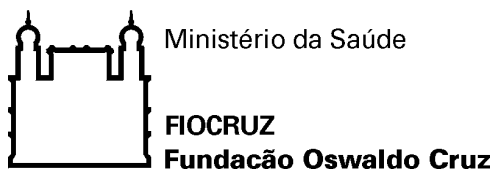


REFERÊNCIAS

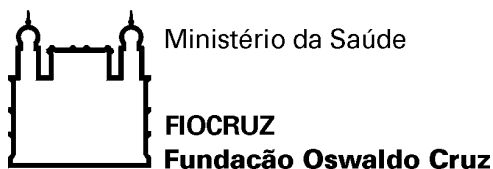
1. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Estado mundial de la infancia 2007 - tabla 1: indicadores básicos. [cited 2007 jun 11]. Available from: URL: http://www.unicef.org/spanish/sowc07_table1_sp.pdf
2. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. A saúde no Ceará – uma construção de todos. Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará no período de 2003-2006. Fortaleza: OMNI Editora; 2006.
3. Fundação Oswaldo Cruz. Assistência perinatal e neonatologia no Brasil. Rio de Janeiro: Programa Radis; 1999.
4. Organização Mundial de Saúde. World Health Report, 2005. [cited 2006 Jul 20]. Available from: URL: http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf
5. Ministério da Saúde (BR). Redes assistenciais – programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento à gestante de risco. 2001a. [cited 2007 Jul 18]. Available from: URL: <http://dtr2001.saúde.gov.br/sas/relatório/6.2%20redes5assistenciais.htm>
6. 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 Ribeirão Preto mar-abr; 15(2).
7. Roberts RN, Rule S, Innocenti MS. Family-professional partnership in services for young children. Baltimore: Paul Brookes Publishing; 1998.
8. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. Ciência & Saúde Coletiva 2005 Rio de Janeiro jul-set; 10(3).
9. Moreira MEL, Bomfim OL. Um nascimento diferente. In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS. Quando a vida começa diferente – o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
10. Fonseca LMM, Scochi CGC, Rocha SMM, Leite, AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados do bebê prematuro. Rev Latino-am Enferm 2004 Ribeirão Preto jan-fev; 12(1):65-75.
11. Méio MDBB, Magluta C, Mello RR, Moreira MEL. Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva 2005 Rio de Janeiro abr-jun; 10(2).



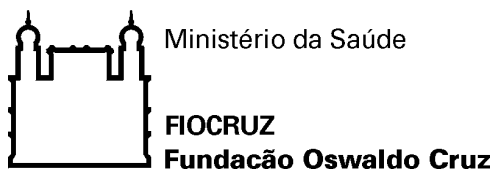
12. Gardner MR, Deatrick JA. Understanding interventions and outcomes in mothers of infants. *Comprehensive Pediatric Nursing* 2006; 29:25-44.
13. Stevenson RC, McCabe CJ, Pharoah POD, Cooke RWI. Cost of care for a geographically determined population of low birthweight infants to age 8-9 years. I. Children without disability. *Archives of Diseases of Childhood* 1996; 74:114-117.
14. Clements KM, Barfield WD, Ayadi MF, Wilber N. Preterm birth-associated cost of early intervention services: an analysis by gestational age. *Pediatrics* 2007 Apr; 119(4):866-74.
15. Sameroff AJ. Environmental risk factors in infancy, *Pediatrics* 1998; 102:1287-92.
16. Organização Mundial de Saúde. CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão, V.2. Manual de Instrução, 1994.
17. Organização Pan-americana de Saúde. Fonte de dados e definições utilizadas em saúde materno-infantil. Série HPM-CDR-SM 94-1P, 1994.
18. Almeida MF, Novaes HMD, Alencar GP, Rodrigues LC. Mortalidade neonatal no município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5:93-107.
19. Campos D, Loschi RH, França E. Mortalidade neonatal precoce hospitalar em Minas Gerais: associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(2):223-38.
20. Menezes AMB, Barros FC, Victora CG, et al. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. *Rev Saúde Pública* 1998 São Paulo jun; 32(3):209-16.
21. Malta DC, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis: por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007 Rio de Janeiro maio-jun; 12(3): 765-76.
22. Castro EAC, Leite AM. Morbimortalidade hospitalar de recém-nascidos de muito baixo peso no município de Fortaleza [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2004.
23. Simões CCS. Estimativas da mortalidade infantil por micro-região e municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
24. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. Lancet neonatal survival steering team – 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365(9462):891-900.
25. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro, Portaria Nº 693 DE 5 de julho de 2000. Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru.



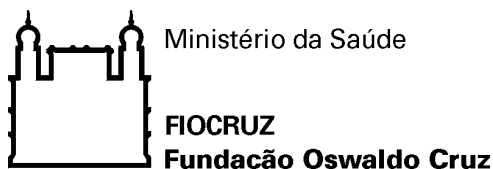
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b. p.9-10.
27. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru – manual técnico. Brasília: MS; 2002.
28. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher (BR). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
29. Schoeps D, Almeida MF, Alencar GP, França Jr I, Novaes HMD, Siqueira AAF. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. Rev Saúde Pública 2007 São Paulo dez 2007; 41(6):1013-1022.
30. Giglio MRP, Lamounier JÁ, Moraes Neto OL, César CC. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia-Brasil no ano de 2000. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(3):130-6.
31. Rogowski J. Using economic information in a quality improvement collaborative. Pediatrics 2003; 111:411-8.
32. Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. Jornal de Pediatria 2004 Porto Alegre; 80(6).
33. Horbar JD, Fanaroff AA, Badger GJ, Carpenter JH, Kilpatrick S, LaCorte M, et al. Trends in mortality and morbidity for very low birth weight infants, 1991-1999. Pediatrics 2002; 110:143-51.
34. Hack M, et al. Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. N Engl J Med 2002; 346(3):149-57.
35. Als H. Neurobehavioral development of the preterm infant. In: Fanaroff AA, Martins. Neonatal – perinatal medicine. Diseases of the Fetus and Infant. 7ª Ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. v.2, cap. 41, p.947-72.
36. Lopes SM, Lopes JMA. Follow-up do RN de alto risco. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
37. Goldenberg RL, Ramsey OS. Obstetric management of prematurity. In: Fanaroff AA, Martins RJ. Neonatal – perinatal medicine, diseases of the fetus and infant. 7th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. p.287-319.
38. Gross S, Mettelman BB, Dye TD, Slagle, TA. Impact of family structure and stability on academic outcome in preterm children at 10 years of age. J Pediatr 2001; 138:169-75.



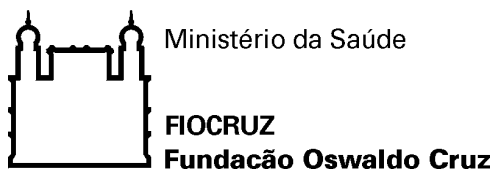
39. Sameroff AJ. Environmental risk factors in Infancy, *Pediatrics* 1998; 102: 1287-92.
40. Almeida SDM, Barros MBA. Atenção à saúde e mortalidade neonatal. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(1).
41. Cunha AA, Reis AFF, Luz TP, Torres TZG. Complicações da gestação e do parto como fatores de risco de óbito perinatal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000; 22(1):19-26.
42. 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 Enferm* 2003 Ribeirão Preto jul-ago; 11(4):539-43.
43. Als H, Duffy FH, Mcanulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyan S, Mulkern RV, et al. Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics* 2004; 113:846-57.
44. Hoath SB. The skin as a neurodevelopment interface. *NeoReviews* 2001; 2:292-301.
45. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. *Rev Saúde Pública* 2002 São Paulo; 36:759-72.
46. Levy GD, Woolston DJ, Browne JV. Mean Noise Amounts in Level II vs Level III. Neonatal Intensive Care Units. *Neonatal Netw*, 2003; 22:33-7.
47. Klaus MH, Kennel JH. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
48. Silva OPV. Análise descritiva do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros que participaram do programa Método Mãe-Canguru [Dissertação]. São Paulo: Universidade Mackenzie; 2003.
49. Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem [Tese]. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.
50. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos (BR). Lei Nº 8069, de 13 de julho de 1990 – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília; 1990.
51. Edwards M. Discharge planning. In: Avery GB, Fletcher MA, Mac Donald MG. *Neonatology: pathophysiology and management of newborn*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999. p.3-7.
52. Braga NA, et al. Maternagem ampliada. *Pediatrics Moderna* 2001 jul; 37(7):312-17.
53. Pridham KA, Krolikowski MM, Limbo RK, Paradowski JB, Rudd N, Meurer JR, Uttech A, Henriques JB. Guiding mother's management of health problems of very low birth-weight infants. *Public Health Nursing* 2006; 23(3):205-15.



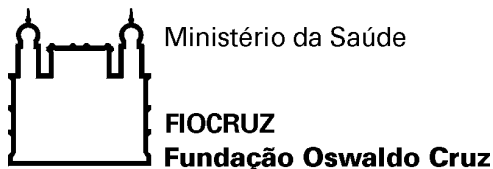
54. Javorski M, Caetano LC, Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. *Rev Latino-am Enferm* 2004 Ribeirão Preto nov-dez; 12(6).
55. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2006 Recife jan-mar; 6(1).
56. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1992.
57. Chauí MS. Convite à filosofia. 3ª ed. São Paulo: Ática; 1995a.
58. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.
59. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1995.
60. Bauer MW. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer M, Gaskell G, organizadores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes; 2002. p.189-217.
61. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.83-107.
62. Britten N, et al. Qualitative research methods in general practice and primary care. *Fam Pract* 1995; 12(1):104-14.
63. Apgar V. A proposal for a new of evaluation of the newborn infant. *Current Researches in Anesthesia and Analgesia* Jul-Aug; 1953.
64. Segre CAM. Atendimento ao RN em sala de parto. In Segre CAM, Armellini PA. RN. São Paulo: Sarvier; 1ª edição, p.41-50.
65. Bardin L. Análise de conteúdo. [tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro]. Lisboa: Edições 70; 1995.
66. Neves FS. Dor, tristeza e morte: representações sociais sobre o cancer elaboradas por adolescentes [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadualdo Ceará; 2003. 95 f.
67. Gomes R. Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. Pesquisa social – teoria, método e criatividade. 25ª Ed. Revista e Atualizada. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
68. Vala JA. Análise de conteúdo. In: Silva A, Pinto JM. Metodologia das ciências sociais. 10ª Ed. Porto: Afrontamento; 1999. p.101-26.



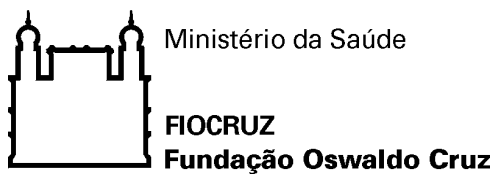
69. Minayo MCS. Pesquisa social, teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
70. Richardson RJ, Peres JAS, Correia LM, Peres MHM, Wanderley JCV. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1985.
71. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196. Brasília: CNS/Abrasco; 1998. p.34-42. [Cadernos de Ética em Pesquisa].
72. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal cause in Brazil trends, regional patterns and possible interventions. Med Journal 2001 São Paulo; 119(1):1516-3180.
73. Machado CJ, Hill K. Determinantes da mortalidade neonatal e pós-neonatal no Município de São Paulo. Rev. Bras. Epidemiol 2003; 6(4).
74. Grupo Colaborativo Neocosur. Very-low-birth-weight infant outcomes in 11 South American NICUs. J Perinatol 2002; 22(1):2-7.
75. Duarte JLMB, Mendonça GAS. Fatores associados à morte neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(1):181-91.
76. Castro EAC, Leite AM. Mortalidade hospitalar dos recém-nascidos com peso de nascimento menor ou igual a 1.500 g no município de Fortaleza. Jornal de Pediatria 2007; 83(1).
77. Von - The Vermont Oxford Trials Network 2002 Annual VLBW database summary 2002. Burlington; 2003.
78. Secretaria de Assistência à Saúde (BR). Portaria Nº 72, de 02 de março de 2000. Atendimento ao recém-nascido de baixo-peso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2000b Brasília mar; Seção 1.
79. Mondestin M, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Does a single prenatal care visit improve perinatal outcome? Am J Obstet Gynecol 2001; 184:558-69.
80. Thompson LA, Oodman DC, Little GA. Is more neonatal intensive care always better? Insights from a cross-national comparison of reproductive care. Pediatrics 2002; 109: 1036-43.
81. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. Am J Obstet Gycecol 2002; 186:1011-6.
82. Charpak N, Calume ZF, Hamel A. O método mãe canguru – pais e familiares de bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Chile: McGraw Hill; 1999.



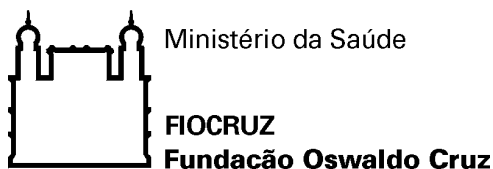
83. Holanda ACO, Silva MGC. Assistência Pré-Natal e as características das mães e dos recém-nascidos egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Pediatr Ceará* 2005 jan-jul; 6(1):20-6.
84. Holanda ACO, Silva MGC. O recém-nascido de risco: uma revisão da literatura. *Rev Pediatr Ceará* 2004 jul-dec; 5(2):11-8.
85. Rades E, Bittar RE, Zugaib M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *RBGO* 2004; 26(8):655-62.
86. Bier JB, Ferguson A, Morales Y, Liebling JA, Archer D, Oh W, et al. Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low-birth-weight infants who are breast-fed. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150:1265-9.
87. Eichenwald EC, Blackwell M, LLOYDS JS. *et al.* Inter-neonatal intensive care unit variation in discharge timing: influence of apnea and feeding management. *Pediatrics* 2001 sept; 108(3): 719-27.
88. Marino WT. Estudo descritivo dos recém-nascidos de muito baixo peso em uma maternidade de nível terciário [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001. 150 f.
89. Piccinini CA, Lopes RS, Gomes AG, De Nardi T. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicol Estud* 2008 mar; 13(1):63-72.
90. Mauss M. Uma Categoria do Espírito Humano: a noção de pessoa, a noção do “eu”. In: Cardoso de Oliveira R. Mauss. São Paulo: Ática; 1979. p. 53-59.
91. Knauth DR. Subjetividade feminina e soropositividade. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p.121-33.
92. Chauí MS. Sobre o medo. In: Cardoso S, et al. *Os sentidos da paixão*. 9ª Reimp. São Paulo: Companhia das Letras; 1995b. p.35-75.
93. Brum EHM, Schermann L. Intervenções frente ao nascimento prematuro: uma revisão teórica. *Scientia Medica* 2005 Porto Alegre jan-mar; 15(1).
94. Als H. Individualized, family-focused developmental care for very low-birthweight preterm infant in the NICU. In: Friedman SL, Sigman M, editors. *The psychological development of low birthweight children*. Norwood, N.J.: Ablex; 1992. p.341-87.
95. Guedeney A, Lebovici S. *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
96. Rodrigues EC. *Conhecer para cuidar: o desafio dos pais do bebê prematuro na educação dialógica intermediada pela enfermeira [dissertação]*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000. 166 f.



97. Klaus MH, Kennell J. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
98. Souza NL, Araújo ACPF, Azevedo GD, Jerônimo SMB, Barbosa LM, Sousa NML. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. Rev Saúde Pública 2007; 41(5):704-10.
99. Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. Breastfeeding Rev 1993 Nov; 8:364-72.
100. Legoult M, Goulet C. Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators. JOGNN 1995; 24(6):501-6.
101. Gale G, Franck LS. Toward a standard of care for parents of infants in the neonatal intensive care unit. Crit Care Nurse 1998; 18:62-74.
102. Boff L. Saber cuidar: a ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes; 1999.
103. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as Instâncias do SUS. Brasília: MS; 2004.



APÊNDICES

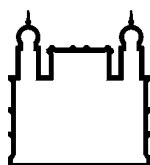


Apêndice I – Roteiro para as entrevistas com as mães

1. ENTREVISTAS ESTRUTURADAS:	
A – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:	
1. Qual o seu nome?	
2. Qual a sua idade?	anos
3. Qual o seu endereço completo?	
4. Bairro/ Comunidade	
5. Telefone para Contato	
6. Município/UF	
7. A respeito da sua situação conjugal, você... 1. Vive com companheiro 2. Tem companheiro, mas não vive com ele 3. Não tem companheiro	
8. Qual a sua cor/raça? 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena	
9. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você?	
10. Quem é o chefe da família? 1- A própria mulher 2- O companheiro 3- Outro familiar 4- Outra pessoa	
11. Qual é a renda do chefe da família (em reais)?	,
12. Qual a renda familiar total?	,
13. Qual foi a última série que o chefe da família completou na escola? Série 1. Fundamental 2. Médio 3. Superior	
<i>No caso da mulher que não é a chefe da família, fazer as perguntas 14 e 15</i>	
14. Você tem renda própria? 0. Não 1. Sim	
15. Qual foi a última série que você completou na escola? Série 1. Fundamental 2. Médio 3. Superior	

B - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

16. Quantas vezes você já esteve grávida? (Atenção, incluir também os abortos)	
17. Você realizou pré-natal em todas as gestações? 0- Não, em nenhuma 1- Não, apenas em algumas 2- Sim, em todas	
18. Alguma gravidez resultou em aborto? (considerar aborto a perda fetal com menos de 500g ou idade gestacional menor que 22 semanas) 0- Não 1- Sim	
19. Quantos partos você já teve? a) Vaginal b) Cesáreo	
20. Quantos filhos nasceram vivos?	



Ministério da Saúde

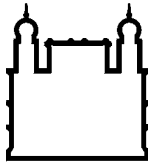
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
 SERGIO AROUCA
 ENSP

21. Quantos filhos nasceram mortos? (<i>não considerar os abortos</i>)			
22. Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes do primeiro mês de vida? 0-Não 1-Sim, quantos?			
23. Você já teve algum bebê que nasceu com peso menor que 1500g? 0-Não 1-Sim, quantos?			

2. ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PRIMEIRA PARTE – GESTAÇÃO
24. Como foi a gravidez do nome do bebê ? Ela veio em boa hora?
25. Como seu companheiro recebeu a notícia da sua gestação? Ele deu apoio a você durante a gravidez (emocional/afetivo e financeiro)? Como foi esse apoio?
26. E sua família, lhe deu apoio nessa gravidez? Como foi esse apoio?
SEGUNDA PARTE – PARTO
27. Como foi para você, ter um filho prematuro? Como você se sentiu? O que você pensou?
28. Como você se sentiu sabendo que não poderia ficar junto com seu filho(a)? E seu companheiro, como reagiu ao saber da internação do bebê na UTI neonatal?
TERCEIRA PARTE – UTI NEONATAL
29. O que os profissionais de saúde da UTI lhe disseram quando seu bebê ficou lá internado
30. Os profissionais da UTI te ajudaram? Que cuidados com o bebê lhe ensinaram na UTI?
31. Como foi sua experiência de cuidar do seu bebê na UTI?
32. Como foi seu aprendizado na realização das tarefas de cuidados diários com o bebê?
33. Como foi a experiência de ir diariamente ao hospital para ficar com o nome do bebê ?
34. Quem da sua família pôde lhe dar apoio neste período? Quem cuidava da sua casa enquanto você estava no hospital?
QUARTA PARTE – A ENFERMARIA CANGURU
35. O nome do bebê esteve na Enfermaria Canguru?
36. O que os profissionais de saúde lhe ensinaram na Enfermaria Canguru?
37. Como foi o aprendizado dos cuidados com sua criança, nesta Enfermaria?
QUINTA PARTE – EXPECTATIVAS DA MÃE
38. O que você esperava da equipe da UTI?
39. O que poderia ter sido oferecido a você ajudaria na realização dos cuidados domiciliares do nome do bebê ?
SEXTA PARTE – A ALTA HOSPITALAR E O CUIDADO EM CASA
40. O que você sentiu quando soube que nome do bebê estava de alta e poderia ir para casa?
41. Você se sentia preparada/confiante para cuidar do nome do bebê em casa?
42. O que te dá prazer ao cuidar do nome do bebê ? _
43. Quais dificuldades você enfrenta em trazer seu filho para o atendimento aqui no ambulatório?



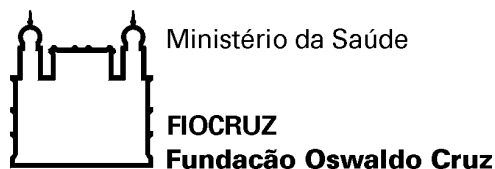
Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



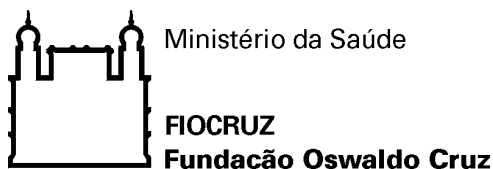
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

44. Você se sente apoiada pela equipe do ambulatório do hospital no cuidado **do nome**
do bebê? Como é esse apoio que a equipe te oferece?



Apêndice II – Coleta de dados

PRIMEIRA PARTE – Coleta de dados de Prontuários Médicos:	
1. Referentes à Mãe:	
1.1. Idade Gestacional no parto	_ _ semanas
1.2. Tipo de parto: 1- Normal 2- Cesárea 3- Fórceps	_
1.3. Complicações no parto:	_
0. Não 1. Sim (Qual?)	
2. Referentes ao Recém-Nascido:	
2.1. Sexo:	0. Masculino 1. Feminino _ _
2.2. Peso ao nascer:	_ _ _ _ _ gramas
2.3. Apgar no 1º minuto:	_
2.4. Apgar no 5º minuto:	_
2.5. Tempo de internamento na UTI Neonatal:	_ _ dias.
2.6. Tempo na Enfermaria Canguru:	_ _ dias.
2.7. Tempo de internação no hospital:	_ _ dias.
2.8. Anotações da equipe multiprofissional da UTI Neonatal feitas no prontuário médico falando sobre o envolvimento da mãe com o bebê.	
SEGUNDA PARTE: Coleta de dados do Sistema de Informações do hospital:	
1. Número de nascimentos no hospital em estudo no período de setembro a dezembro de 2007.	_ _ _ nascimentos
2. Número de recém-nascidos internados na UTI Neonatal no hospital em estudo no período de setembro a dezembro de 2007.	_ _ recém-nascidos
3. Número de recém-nascidos no hospital em estudo, no período de setembro a dezembro de 2007 que compareceram ao ambulatório de egressos.	_ _ recém nascidos



Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

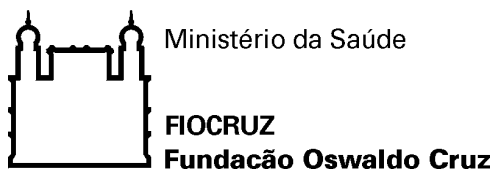
Estamos realizando uma pesquisa aqui neste hospital sobre **Sentidos atribuídos pelas mães de recém-nascidos egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com relação aos cuidados domiciliares**. A Sra. está sendo convidada a participar, voluntariamente desta pesquisa que é parte da dissertação de mestrado profissional de Marly Beserra de Castro Siqueira junto à Pós-Graduação em Saúde Pública.

A pesquisa consta de uma entrevista que será realizada aqui no ambulatório de seguimento pós-natal do hospital. Parte da entrevista será feita através de questionário e parte será gravada. Sua participação é voluntária, mas suas respostas e suas experiências podem ser importantes para outras mulheres e ajudá-las. Cada entrevista tem duração prevista de 40 minutos.

Se concordar em participar da pesquisa o seu nome não vai aparecer em nenhum momento. Para identificar você usaremos um outro nome que você escolher. Se concordar em participar estará autorizando também se for preciso que consultemos sua ficha médica.

Se você não quiser participar da pesquisa não tem nenhum problema para você ou para o seu bebê, que serão atendidos com a mesma atenção e cuidado pelos profissionais do hospital.

A pesquisa está sendo realizada após ter sido aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública e autorizado pela Direção do Hospital. Os resultados serão publicados e/ou divulgados oralmente (congressos, mesas redondas, simpósios e etc.). Também serão mantidos em segredo os nomes de pessoas que, por acaso, você faça referência durante a entrevista. Os registros dos depoimentos assim como as transcrições serão mantidas pela pesquisadora por um período de cinco anos.



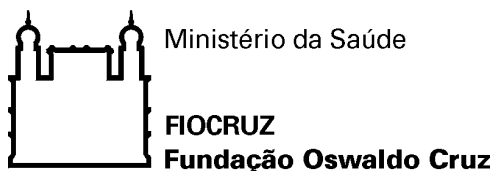
Eu,.....
 abaixo assinado (a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações que me foram prestadas e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador responsável.

Observação: Mesmo que você tenha concordado em participar desta pesquisa, você tem o direito de desistir em colaborar com este estudo a qualquer momento, inclusive no meio da entrevista.

_____	_____	___/___/___
(entrevistada)	(assinatura)	(data)
_____	_____	___/___/___
(pesquisador)	(assinatura)	(data)

Em caso de dúvida você pode entrar em contato:

- Com o pesquisador pelos telefones 3101 5321, 3101 5378 ou pelo e-mail: www.marlybcs@baydenet.com.br
- Com o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), pelo telefone 0 XX21- 2598 2863 ou pelo e-mail: www.cep@ensp.fiocruz.br

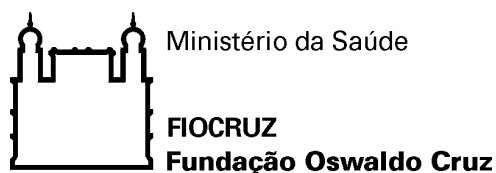


Apêndice IV – Termo de compromisso para uso de dados

Eu, Marly Beserra de Castro Siqueira, responsável pelo projeto de pesquisa “**Sentidos atribuídos pelas mães de recém-nascidos egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com relação aos cuidados domiciliares**”, comprometo-me a utilizar os dados secundários obtidos nos prontuários médicos das mães que serão entrevistadas nesta pesquisa e os prontuários de seus recém-nascidos que estiveram internados nesta instituição, somente no apoio para a concretização do referido projeto. Esclareço ainda que haverá todo rigor técnico nas análises das informações cuja fonte será sempre enfatizada na elaboração de relatórios e artigos.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Marly Beserra de Castro Siqueira



Apêndice V – Declaração de anuência

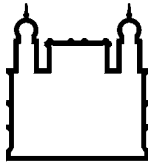
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a disponibilizar os materiais e dados previstos no protocolo de pesquisa intitulado **“Sentidos atribuídos pelas mães de recém-nascidos egressos de Unidade Neonatal com relação aos cuidados domiciliares”**.

Declaro, ainda, estar ciente da realização da pesquisa acima intitulada, realizada utilizando entrevistas semi-estruturadas e informações de prontuários médicos hospitalares desta instituição que tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Local, data

Nome:

Função:

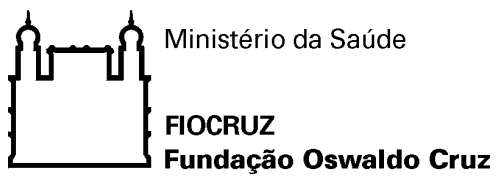


Ministério da Saúde

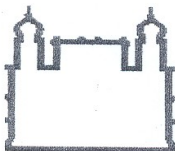
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP



ANEXO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 11 de junho de 2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - N° 22/08
CAAE: 0036.0.031.000-08

Título do Projeto: “Sentidos atribuídos pelas mães de recém-nascidos egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com relação aos cuidados domiciliares”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Marly Beserra de Castro Siqueira

Orientador: Marcos Augusto Bastos Dias

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ e Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira

Data de recebimento no CEP-ENSP: 29 / 02 / 2008

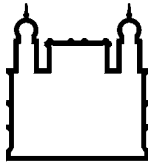
Data de apreciação: 02 / 04 / 2008

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS N° 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Inês Nascimento de Carvalho Reis
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

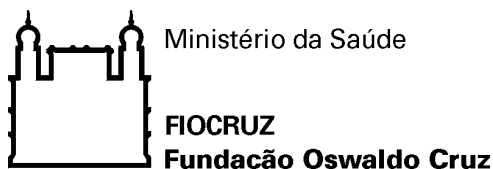


Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ARTIGO



Sentidos atribuídos aos cuidados domiciliares pelas mães de recém-nascidos egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em Hospital público terciário de Fortaleza (2007/2008).

Meanings attributed to home care by the mothers of newborns discharged from Neonatal Intensive Care Unit of a Public Tertiary Hospital of Fortaleza (2007/2008).

Marly Beserra de Castro Siqueira¹
Marcos Augusto Bastos Dias²

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ.

Endereço: Rua Manoel Teixeira, nº 788, casa 29 - Bairro Cambéa
Fortaleza-Ceará – CEP: 60830-730.

² Instituto Fernandes Filgueira da Fundação Oswaldo Cruz – IFF/FIOCRUZ.

Resumo

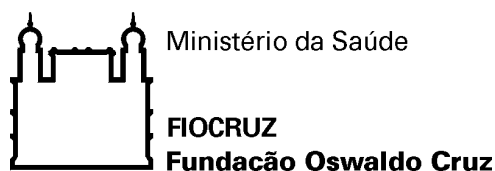
Crianças com peso ao nascer cada vez menor estão sobrevivendo sem, no entanto, significar qualidade de vida para esses bebês. Este estudo objetivou conhecer a percepção de mães de recém-nascidos egressos de UTI Neonatal sobre as expectativas referentes ao apoio, ensinamento recebidos na UTI Neonatal e analisar os sentidos atribuídos ao cuidado domiciliar face à demanda cotidiana. Pesquisa qualitativa realizada no ambulatório de Neonatologia do Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira, com 21 mães. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e formulário, sendo analisados pela técnica de análise de conteúdo temática e estatística descritiva. Os resultados mostraram a vivência dessas mulheres marcada pela experiência traumática do parto prematuro, permeada por conflitos internos e sofrimentos. Ressalta-se a necessidade de maior organização da assistência pré-natal e sua articulação com maternidades de referência visando uma atenção integrada e de qualidade a gestantes de risco. É imprescindível a incorporação da noção de integralidade do cuidado bem como da humanização da relação família/profissionais de saúde para efetivar as ações dirigidas a essa clientela.

Palavras-Chave: UTI Neonatal; mães de prematuros; cuidado neonatal; cuidado profissional; humanização do cuidado.

Abstract

Children with birthweight each lesser time are surviving without, however, to mean quality of life for these babies. This study it objectified to know the perception of mothers of just-born egresses of UTI Neonatal on the referring expectations to the support, teaching received in NICU and to analyze the directions attributed to the domiciliary care face to the daily demand. Carried through qualitative research in the clinic of Neonatology of the General Hospital Dr. Cesar Cals de Oliveira, with 21 mothers. The data had been collected by means of interviews and form, being analyzed by the technique of thematic analysis of content and descriptive statistics. The results had shown the experience of these women marked by the traumatic experience of the premature childbirth, crossed for internal conflicts and sufferings. It became evident that there is a need for greater organization of prenatal care and its linkage with the maternity services of reference to promote an integral assistance of good quality to these pregnant women at risk. It is essential to incorporate the notion of integrality of the care and the humanization of the relationship to include the effective management of the complexity of the problem exposed here and to make effective the actions directed to that patient.

Key words: Neonatal Intensive Care Unit, mothers of premature infants, neonatal care, professional care, humanization of care



Introdução

Muitos países obtiveram importantes avanços na redução das taxas de mortalidade infantil. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que as taxas de mortalidade infantil declinaram no período de 1990 a 2005 em torno de 50% na maioria dos países europeus, nas Américas e no Caribe, com reduções no mesmo período da ordem de 40% na Ásia e de 10% na África ¹.

No Brasil, a mortalidade infantil permanece acima dos valores referentes aos países desenvolvidos, embora tenha experimentado importante redução no período de 1990 a 2005, quando decresceu de 50‰ para 31‰ nascidos vivos ¹.

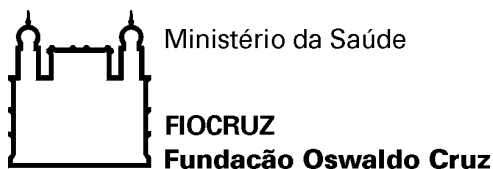
Na Região Nordeste, o Estado do Ceará destaca-se pela importante redução neste indicador em 17 anos (1987-2004), uma redução de, aproximadamente, 77% ².

A mortalidade neonatal responde atualmente pela maioria dos óbitos infantis, estimando-se que quatro milhões de recém-nascidos falecem, a cada ano, no mundo, até o 27º dia de vida ³.

A partir da década de 1990 o Baixo Peso ao Nascer (BPN) e a prematuridade, passaram a ser os grandes responsáveis pela mortalidade neonatal, representando 69% de todos os óbitos neonatais nos países em desenvolvimento, e pelos distúrbios funcionais entre os sobreviventes ^{4,5}.

Nas últimas décadas, o governo brasileiro implantou diversas medidas de intervenção visando reduzir a taxa de mortalidade neonatal. Dentre essas ações destacam-se a qualificação da assistência pré-natal e ao parto e a sistematização da assistência ao recém-nascido na sala de parto e na unidade neonatal ^{6,7,8,9,10}.

Como resultado deste investimento, atualmente, mais bebês de baixo peso e prematuros estão sobrevivendo ¹¹. Entretanto, grande parte apresenta vários problemas pela imaturidade de seu organismo, somada à eventual iatrogenia da terapia intensiva necessária à sobrevivência do prematuro ^{12,13}.



Nos países desenvolvidos, nos recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP – peso abaixo de 1500 gramas), os níveis de disfunção neuromotora são mais elevados do que na população em geral, com proporções que oscilam de 15% a 29%, definindo-se como problema de Saúde Pública ^{14,15}.

Os custos financeiros associados à assistência desses bebês também constituem uma questão importante. Dados americanos apontam para um custo médio de US\$ 5.393 por prematuro de 24 a 31 semanas de gestação, comparados com custo médio de US\$ 725 por recém-nascidos a termo ¹⁶.

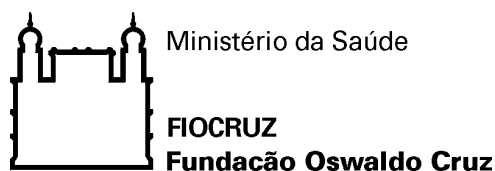
Na busca de uma assistência voltada para a humanização do atendimento nas unidades neonatais, equipes de neonatologistas propuseram intervenções centradas na presença da mãe e da família, como participantes do cuidado do recém-nascido ^{17,18,19,20,21}. Os resultados dessa interação precoce, quando o bebê ainda está internado na UTI neonatal, documentaram maior desenvolvimento global da criança, incluindo suas futuras interações sociais e desempenho escolar ^{22,23}.

No Brasil, o Ministério da Saúde elaborou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC) e esse método foi incluído na tabela de procedimentos do SUS. Caracteriza-se pela mudança na forma do cuidado neonatal, com quatro fundamentos básicos: acolhimento ao bebê e à sua família; respeito às singularidades; promoção do contato pele-a-pele o mais precoce possível e envolvimento da mãe nos cuidados do bebê ⁹.

A alta dos bebês da UTI Neonatal para casa demanda da família, cuidados especiais inerentes aos recém-nascidos de risco. Frequentemente, as mães se tornam responsáveis pela atenção domiciliar desses bebês sem que estejam devidamente preparadas ¹⁷.

No Brasil, a maioria desses sobreviventes é oriunda das classes sócio-econômicas desfavorecidas e sofrem com dificuldade de acesso e restrita oferta de serviços públicos qualificados para esta assistência ²⁴.

Os serviços de saúde, em diversos países, têm investido na capacitação dos pais para assumirem estes encargos junto a seus bebês, mantendo, diante desta tarefa, a melhor condição de saúde mental possível ²⁵. A literatura enfatiza a importância do



preparo das mães para a alta hospitalar ao longo da hospitalização do bebê, que reduz a ansiedade, aumenta a autoconfiança materna no cuidado domiciliar e facilita a adaptação da família à criança^{25,26,27}.

Assim, na busca da construção de uma prática integral e humanizada à atenção materno-infantil²⁸, o presente estudo teve como objetivo analisar os sentidos atribuídos pelas mães de recém-nascidos egressos de UTI Neonatal com relação às suas experiências cotidianas de cuidado dos filhos prematuros e/ou de baixo peso.

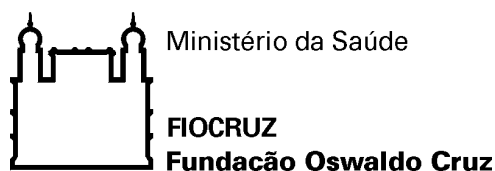
Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada com 21 mães de recém-nascidos egressos de UTI Neonatal, com peso ao nascer abaixo de 1500 gramas, que utilizou entrevistas semi-estruturadas para permitir a expressão da opinião do sujeito da pesquisa e compreender acontecimentos, opiniões, impressões, expressões e dúvidas.

Foi desenvolvida com mães de crianças nascidas entre setembro e dezembro de 2007 no Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira, referência estadual para gestação de risco. O hospital dispõe de 276 leitos, dos quais 62 de Neonatologia sendo 21 de UTI neonatal, 36 de Médio Risco (UMR), 5 de Enfermaria Canguru. Realiza aproximadamente 500 partos/mês, dos quais 35% são crianças de baixo peso e 11% de muito baixo peso ao nascer.

As entrevistas foram realizadas no ambulatório de seguimento de Neonatologia, estando as crianças com 30 a 60 dias de alta hospitalar. Foram excluídas do estudo mães de recém-nascidos com malformações congênitas e síndromes genéticas. Foram efetuadas após consentimento livre e esclarecido, gravadas e transcritas de maneira literal, embora, para efeitos de exposição, tenham sido realizadas pequenas correções de forma, para tornar mais claras as idéias das depoentes.

Lançou-se mão também de um formulário para coleta de dados dos registros do hospital, dos prontuários dessas mães e dos seus bebês. Foram transcritas anotações da equipe multiprofissional das unidades neonatais sobre o envolvimento da mãe com o bebê.



Os dados referentes ao hospital, às características das mães e dos recém-nascidos foram analisados por meio de estatística descritiva. Os relatos das mães foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo²⁹.

A pesquisa seguiu as determinações éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde³⁰ sobre pesquisa envolvendo seres humanos e obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca sob o protocolo de Nº 22/2008.

Resultados

No período do estudo, ocorreram no hospital 1644 nascimentos, 281 internamentos na UTI Neonatal, 438 na (UMR) e 21 na Enfermaria Canguru, com comparecimento de 66 crianças ao ambulatório de egressos.

Os 106 bebês que nasceram abaixo de 1500 gramas foram internados em pelo menos uma das Unidades Neonatais. Deste total, 88,68% na UTI Neonatal, onde se registrou uma elevada taxa de mortalidade neonatal de 254,7 %.

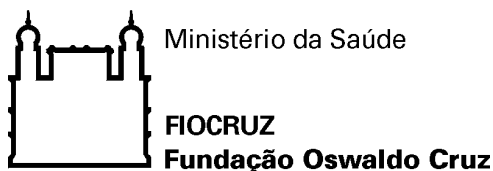
A Tabela 1 apresenta incidências, números de internamentos e óbitos dos recém-nascidos, por faixa de peso e distribuições nas unidades neonatais.

A média de idade dessas mulheres era de 28 anos, com média de 9 anos de estudo. Quinze delas viviam com companheiro e relatavam média de 4 pessoas residindo no domicílio. Das 21 entrevistadas, 8 eram moradoras de Fortaleza, 5 procedentes de municípios da Região Metropolitana e 8 de municípios mais distantes. A renda per capita média equivalia a um salário mínimo.

Apresentam-se na Tabela 2 as características sócio-demográficas das mães entrevistadas.

Das 21 mães, 11 eram primíparas e 10 multíparas, com Idade Gestacional média de 29 semanas. O tempo médio de internação daquelas, cujos bebês não passaram pela Enfermaria Canguru, foi de 7 dias comparado com o de 45 dias encontrado nas 7 mães (33,33%) internadas com seus filhos nessa Enfermaria. Os bebês das mulheres que tiveram alta da Unidade Intermediária foram liberados direto para casa.

Na Tabela 3 discrimina-se história obstétrica das mães.



Quatro crianças nasceram com peso abaixo de 1000 gramas (RNEBP) e 17 entre 1000 a 1499 gramas. Os bebês com peso inferior a 1000 gramas apresentaram média de permanência hospitalar de 94 dias; já aqueles com peso entre 1000 e 1499 gramas essa média foi 50 dias.

A Tabela 4 mostra características clínicas dos recém-nascidos.

Foram registrados nos prontuários procedimentos de intervenção/orientação às mães de 5 recém-nascidos que consistiam em medidas para incentivar o aleitamento materno.

A partir dos relatos das mães, foi realizada a interpretação da essência das mensagens, com identificação de três categorias temáticas cujos pontos relevantes são descritos a seguir.

A gestação complicada e o parto prematuro

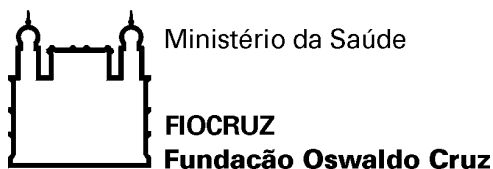
Para algumas mulheres os momentos em que a gestação aconteceu eram de dificuldades diversas: eventos de doença na família, transtornos na relação afetiva com o parceiro ou pela contra-indicação de nova gestação. Além disso, enfrentavam obstáculos ao acesso à assistência médica especializada. Independente da patologia que provocou o trabalho de parto prematuro, a internação aconteceu quase sempre alguns dias antes do parto.

A compreensão e ajuda da família tiveram participação de destaque naquele momento conturbado da vida dessas mães, quando o medo do bebê ser muito prematuro e não sobreviver esteve presente em todas as falas.

***Jade:** “Ah, foi muito complicado porque tanto o médico dizia que podia nascer com problema, podia não sobreviver [...] Muito ruim [...] Ficava imaginando, podia ele nascer, mas não sobreviver”.*

A percepção de uma intervenção obstétrica imediata naquele momento em que mãe e filho corriam risco, foi vista como medida heróica.

***Pérola** “Na hora que o médico falou que ia ter que ser retirada porque a casa em que ela estava não estava dando condições dela viver, eu achei que seria o melhor [...]”.*



Essas mulheres sofreram ao saber no pós-parto imediato que ficariam longe de seus filhos, pois teriam de ser internados na UTI. Existia a insegurança “em saber cuidar” de criaturas tão frágeis e pequenas.

Grande parte das mulheres verbalizou fé em Deus nos momentos de maior tensão. O convívio com outras mães que já estavam com seus filhos internados há mais tempo na UTI Neonatal ou a prática de algumas dessas mães com filhos prematuros prévios, também conseguiam tranquilizá-las nesse momento de apreensão e medo.

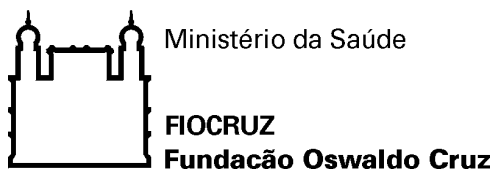
A separação do filho e a internação nas diferentes unidades neonatais

Essas mães demonstravam satisfação e reconhecimento pelo apoio que lhes foi dispensado pela equipe e sua disponibilidade em informá-las sobre o estado de saúde de seus filhos. Algumas, porém, não se sentiram acolhidas na UTI Neonatal, chegando a ter dúvidas sobre a efetividade dos cuidados realizados.

Elas reclamavam a inexistência de uma rotina de ensinamentos e informação na UTI Neonatal para as famílias dos prematuros. No entanto, foi unânime o sentimento de gratidão manifestado pelas que estiveram internadas com seus filhos na Enfermaria Canguru, onde existe uma rotina para o ensino dos cuidados com o bebê feitos com a supervisão do aprendizado e que há um trabalho integrado com a equipe da UTI Neonatal. Nessa Enfermaria, segundo as mulheres, há também um maior incentivo ao aleitamento materno. Uma delas ressalta inclusive a importância da integração dos cuidados da UTI neonatal com a enfermaria canguru.

***Granada:** “Porque no Canguru [...] tudo é a mãe que faz, mas primeiramente são elas que ensinam a gente. A auxiliar fica ali responsável só em observar a gente, se cometer alguma falha, elas corrigem [...] É UTI e Canguru integrados.”*

Os cuidados diários com seus bebês na UTI favoreceram maior interação e fortalecimento do vínculo mãe-bebê além de oportunizar a prática do que havia sido ensinado naquele ambiente. Algumas mães superaram o medo e a insegurança de cuidar do seu bebê devido a atuação de alguns profissionais que lhes transmitiam confiança e motivação no desempenho das atividades diárias com seus filhos.



Topázio: “Eu aprendi, porque eu tinha muito medo de pegar nela, não saberia nunca cuidar dela. Eu aprendi na UTI, a pegar nela, a passar o medo porque eu a via pegando nela, aí eu via que eu também conseguia pegar nela [...]”

Outras mães expressaram sentimento de frustração pela negação do acesso à prática dos cuidados do filho na UTI. Muitas lamentavam a não permissão de pegar nos bebês ou amamentá-los.

A maioria das mulheres relatava que os cuidados com os bebês passaram a ser executados com maior frequência e naturalidade após transferência para a UMR. Relatam que na Enfermaria Canguru havia uma razão menor de crianças por profissionais do que na UTI neonatal e na UMR, além da participação ativa da mãe na realização desses cuidados.

Pérola: “Lá no Canguru [...] é uma enfermeira para cinco crianças, enquanto lá no Médio Risco e na UTI são muitas crianças e assim quase que poucos profissionais trabalhando lá dentro. Aí é uma correria muito grande, eles têm que dar um pouquinho de atenção a cada criança, enquanto no Canguru tem a mãe e tem a enfermeira também.”

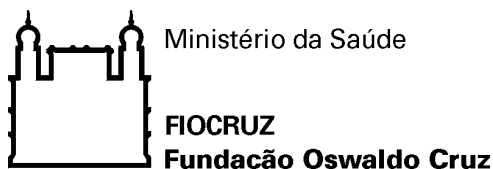
Quanto à experiência de irem diariamente ao hospital para ficar com seus filhos, falavam das dificuldades enfrentadas com os meios de transporte e o gasto financeiro, mas que valia à pena o sacrifício. Algumas permaneceram internadas até a alta do filho e outras só os viam na UTI ou no UMR semanalmente.

Muitas mulheres sofriam com a divisão que se instalava em sua vida com a internação prolongada do bebê porque querem estar com eles no hospital e ao mesmo tempo têm que dar conta da administração da casa. A maioria teve o apoio de seus familiares enquanto seus bebês se encontravam internados.

As expectativas sobre a equipe, a alta hospitalar e os cuidados domiciliares com o bebê.

Muitas mães sentiam-se agradecidas e reconheciam que os profissionais de saúde fizeram tudo que puderam para garantir uma boa evolução para o bebê. No entanto, algumas apontaram falhas institucionais referentes ao ensinamento às mães sobre os cuidados necessários aos seus recém-nascidos e na atuação não humanizada de alguns profissionais de saúde.

Rubi: “Se tivessem me ensinado aqui, teria sido melhor”.



***Pérola:** “Elas não sabem como se direcionar às mães, elas não sabem porque quando você tem um bebê prematuro e o bebê está na UTI, está dentro de uma incubadora, você sente aquilo ali como se você sentisse que não pode fazer nada por aquela criança e aquilo magoa muito à mãe. [...] no Médio Risco foi isto, que tem auxiliares no Médio Risco que são mais humanas. Na UTI não, elas ficam lidando com máquina, tratando as máquinas, então pronto, troca a fralda, bota o leite na sonda, vira a criança, pronto [...] Não tem aquela coisa de conversar com a mãe quando a mãe que está perto e está chorando [...] O que eu esperava era que as enfermeiras e as auxiliares elas fossem mais humanas, elas são muito mecânicas.”*

A notícia da alta hospitalar dos bebês consistiu num momento ansiosamente esperado. Algumas entrevistadas relataram que foram para seus lares tristes e decepcionadas por não saírem do hospital amamentando seus filhos.

A maioria das mulheres sentiu ansiedade, insegurança e dúvida sobre sua aptidão para realização dos cuidados diários do filho. Nesse momento, refletiram sobre a importância da capacitação durante o internamento do bebê e como os ensinamentos sobre os cuidados eram importantes para esse período em casa. Essas mães revelaram que aos poucos foram se acostumando com a rotina de cuidados diários com o bebê e aprendendo a cuidar, a vencer o despreparo e o medo.

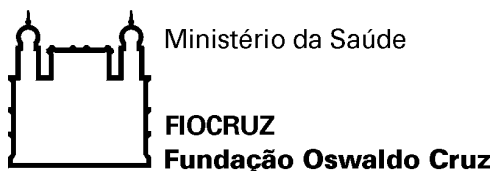
***Jade:** “Eu já tinha aprendido muitas coisas [...]. Mas eu passava a noite quase toda acordada, com medo que acontecesse alguma coisa com ele [...] Ele tinha refluxo, aí eu tinha medo dele ficar roxo, não respirar... Aí eu tinha medo [...] Com o passar dos dias, o medo foi passando.”*

A vivência do cuidado diário dos bebês em seus lares promoveu a construção de uma relação de amor. Em suas falas afirmavam que era inegável o prazer de saber que ao amamentar o filho, estavam contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento.

Foram relatadas dificuldades na condução dessas crianças ao ambulatório, principalmente pelas mulheres que residem em municípios distantes, obrigadas a saírem cedo de casa para conseguir transportes coletivos. As precárias condições financeiras dessas mães não permitiam o comparecimento às consultas ambulatoriais acompanhadas por familiares que pudessem lhe apoiar. Elas se sentiram amparadas e orientadas pela equipe de profissionais desse ambulatório especializado.

4. Discussão

As taxas de RNBP (27,31%) e de RNMBP (6,45%) encontradas no hospital durante a pesquisa estão muito acima daquelas descritas na população brasileira e



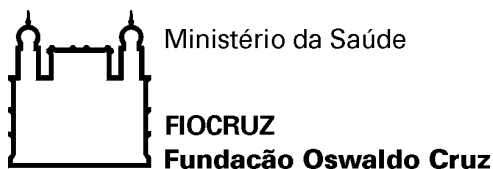
mundial ^{6,31,32}, evidenciando sua condição de referência para risco neonatal. Das 106 crianças com peso abaixo de 1500 gramas, 94 (88,68%) foram internadas na UTI Neonatal. Eram recém-nascidos graveses que exigiam assistência especializada e utilização de arsenal diagnóstico e terapêutico de alto custo.

A taxa de mortalidade neonatal encontrada para RNMBP foi de 254,7‰ no período do estudo, próxima daquela encontrada em estudo do *Grupo Colaborativo Neonatal del Cono Sur* ³³, que foi de 270‰ em UTI neonatais, de quatro países sul-americanos. Também é semelhante a taxa de 260‰ encontrada por Duarte e Mendonça ³⁴ com os RNMBP, em quatro maternidades do Rio de Janeiro. Esta taxa é entretanto, muito inferior à encontrada em um estudo de coorte realizado por Castro e Leite ³⁵ em 8 maternidades de Fortaleza possuidoras de suporte de UTI Neonatal (públicas e privadas), no período de 2002 – 2003, que registrou uma taxa de mortalidade neonatal em RNMBP de 512‰. Esta grande diferença pode ser explicada pelo investimento realizado nas UTI neonatais, com a aquisição de equipamentos de ponta e com a capacitação adequada de profissionais além da colaboração da rede Norte Nordeste de Neonatologia..

Este resultado mostra a importância do investimento do sistema de saúde em sua rede assistencial, principalmente no que diz respeito à atenção materno-infantil ^{6,7,8,9,10} para melhorar os índices de mortalidade neonatal que permanecem ainda muito elevados principalmente nas Regiões Norte e Nordeste do país ³¹. Essa qualificação dos serviços de saúde, que os torna capaz de reconhecer as mortes evitáveis e adotar medidas adequadas para reduzi-las ³⁶, demonstra a necessidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde, com o real cumprimento dos objetivos do SUS contemplando os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade de suas ações.

Entre as medidas indicadas para a redução da morbimortalidade neonatal destacam-se a atenção antenatal qualificada, a assistência adequada ao parto e os devidos cuidados neonatais ^{37,38,39}.

Ficou evidente nas entrevistas, que algumas mulheres não tiveram acesso a um cuidado pré-natal adequado ou mesmo sua transferência para uma unidade de referência no tempo necessário para evitar riscos ainda maiores para mãe e filho.



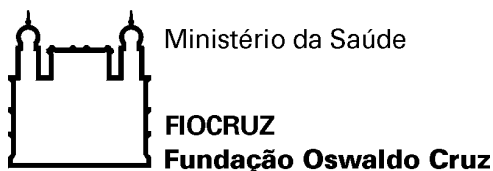
De acordo com a rotina hospitalar, os recém-nascidos ao receberem alta da UTI Neonatal são transferidos para a Unidade de Médio Risco ou para a Enfermaria Canguru. No entanto, evidencia-se nesta instituição um maior número de internamentos na UMR e menor na Enfermaria Canguru que dispõe de apenas 5 leitos. Esta situação vai de encontro à norma que regulamenta a prática do Método Canguru no Brasil como uma forma humanizada do cuidado neonatal ⁹.

A importância de um maior contato mãe-bebê já foi confirmada em diversos estudos ⁴⁰, visto que as primeiras horas e dias após o parto são determinantes na formação do vínculo materno-infantil. A metodologia utilizada na Enfermaria Canguru apresenta vários benefícios como a redução no período de separação mãe-filho; estímulo ao aleitamento materno; maior preparo e empoderamento das mães no manuseio de seu bebê mesmo após a alta hospitalar; melhor relação e interação entre mães e profissionais de saúde; redução na taxa de infecção hospitalar e diminuição na permanência e no custo hospitalar.

As características sócio-econômicas das mulheres neste estudo coincidem com as demonstradas nos achados das investigações de pesquisadores brasileiros, tanto da Região Nordeste ^{35,41}, Centro-Oeste ⁵ e Sudeste ³⁴. Isto nos conduz a relacionar as condições sociais dessas mães como fatores predisponentes à prematuridade uma vez que esta é de etiologia multifatorial ⁴².

O predomínio de primíparas (52,38 %) e a idade gestacional média de 29 semanas são comparáveis aos dados identificados por Rades ⁴³ em São Paulo. Inclusive as comorbidades das parturientes foram semelhantes quantitativa e qualitativamente às encontradas no referido estudo.

A média de permanência hospitalar de 7 dias observada nas mães de prematuros que não estiveram internados na Enfermaria Canguru, demonstra quebra no vínculo mãe-bebê, maior desgaste físico e psicológico pela necessidade de comparecimento diário ao hospital, mesmo recebendo ajuda financeira da instituição para despesas com deslocamento. Outro problema encontrado consistia na redução da produção do leite materno quando estas mães são comparadas com as que permaneceram internadas na Enfermaria Canguru ⁴⁴, cujo tempo de permanência foi de 45 dias.



A permanência hospitalar média de 94 dias observada no grupo dos RNEBP foi maior do que a média de 50 dias de internação encontrada no grupo de RNMBP. Isto coincide com os achados de Eichenwald et al.⁴⁵ e Marino⁴⁶ que relacionam o tempo de internação à idade gestacional e o peso ao nascer. Estes longos períodos de internação refletem a gravidade do quadro clínico desses bebês e dão uma idéia do desgaste a que são submetidas essas mulheres que ficam divididas entre a necessidade de comparecer ao hospital e de cuidar das tarefas de casa e de outros filhos.

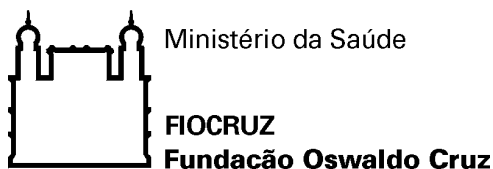
Os resultados obtidos com a análise do conteúdo dos relatos apontam para a necessidade dos serviços de saúde de identificarem o suporte social que essas mulheres têm durante a gestação e facilitar a participação dessas pessoas nas consultas de pré-natal, no momento do parto e no puerpério.

A identificação de um problema na gravidez, classificando-a de risco, já justifica que a mulher seja preparada para a possibilidade de ter um filho prematuro e que seja internado numa UTI Neonatal⁴⁷. O nascimento de uma criança prematura deve sempre que possível ser planejado e acontecer sob condições de suporte adequado à mãe e ao bebê.

Verificou-se, no entanto, que não foi sempre assim que os nascimentos dos bebês das mulheres entrevistadas aconteceram. Assim, o anúncio do nascer prematuro do filho, lhes foi percebido com surpresa, permeada de tristeza e dúvidas. O resultado gera dúvidas, angústias, ansiedade e medo. Este último representado pela expressão do desconhecimento da prematuridade, que lhes gera dúvidas sobre a possibilidade de sobrevivência do filho.

O relato sobre a importância da relação com outras mães que já tinham passado pela experiência inicial do parto prematuro requer a implementação de estratégia que pode ser utilizada pelos serviços neonatais para o desenvolvimento de atividades em que as mães tenham a oportunidade de trocar suas experiências no cuidado dos bebês prematuros.

Essas mães ao entrarem nesse ambiente de mecanização do cuidado relataram o impacto nelas produzido não apenas pela quantidade de equipamentos e pessoas ali existentes, mas pela ausência de homogeneidade nas atitudes e informações repassadas.



Foram percebidas contradições e inconsistências nos informes por elas recebidos, causando-lhes frustração pelas expectativas não contempladas.

O descontentamento se traduzia pela formalidade na relação com os profissionais de saúde que falavam numa linguagem técnica, caracterizando uma assimetria na relação mães/profissionais da UTI, estes últimos percebidos como inatingíveis e detentores do saber.

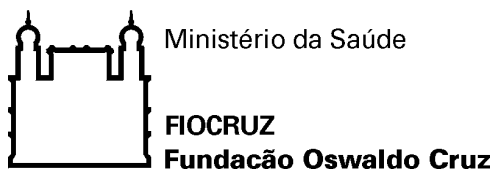
Por outro lado, algumas mães se sentiram apoiadas e com expectativas supridas ao referirem que foram informadas sobre o estado de saúde dos filhos. Essa informação, no entanto, não ocorreu de forma unívoca e na amplitude e profundidade que elas precisavam.

A literatura ressalta a importância da implementação de uma rotina de acolhimento dos pais e familiares de bebês prematuros na UTI Neonatal, para diminuir a ansiedade e o sofrimento que passam por causa da patologia do filho. Essa conduta é de fundamental importância para o desenvolvimento da criança ⁴⁸, além de transmitir confiança aos pais ^{49,50}, mostra a necessidade da adoção do cuidado ético, integral, integrado e humanizado não apenas ao bebê, mas extensivo à família.

No entanto, não se pode desconsiderar fatores como a rotatividade de profissionais e excesso de trabalho demandado pela assistência especializada associada a uma constante superlotação nas unidades neonatais que sobrecarregam a equipe e a conduzem à adoção de tecnicismo ⁵¹. Humanizar as condições de trabalho nas UTI neonatais é portanto uma necessidade real.

Percebe-se também, uma falha na organização da assistência perinatal, visto que os centros de referência localizam-se nas grandes metrópoles, penalizando as gestantes de risco que habitam nas localidades distantes. Além disso, a atenção primária, que é uma atribuição do Programa de Saúde da Família, é negligenciada e não oferece uma rede de apoio e proteção à família dessa mulher, principalmente durante a permanência do filho no hospital.

As expectativas de aprendizado nem sempre foram preenchidas com exceção das mulheres que puderam vivenciar a internação na Enfermaria Canguru. Portanto, se faz necessário que, no cotidiano das UTI neonatais, os pais do prematuro sejam vistos como



colaboradores no cuidado com a criança e como presenças essenciais para um desenvolvimento saudável, psicomotor e do apego⁵².

Esta pesquisa evidencia como a proposta do cuidado na Enfermaria Canguru contempla o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, a integralidade do cuidado e o incentivo ao aleitamento materno. Representa a excelência do atendimento humanizado e proporciona uma terapêutica holística da criança valorizando o envolvimento da mãe no processo de recuperação dos filhos.

A alegria com a sonhada alta foi substituída gradativamente por ansiedade, dúvidas e temores sobre sua capacidade de cuidar por não ter sido habilitada adequadamente pela equipe multiprofissional do hospital. Esse preparo deve ser iniciado desde o momento da internação do bebê na UTI Neonatal, para que a mãe usufrua de um espaço para observar, participar, perguntar e discutir^{17,53}.

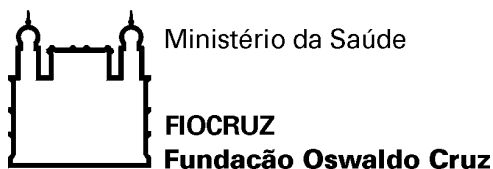
À medida que essa mãe vai cuidando de seu bebê no âmbito do lar, ela vai se sentindo capaz e se empodera da maternagem plena pela consolidação do vínculo mãe-bebê como relação de amor. Está formada então a simbiose perfeita, cujo resultado se constitui no prazer imensurável de sentir-se importante e responsável pelo crescimento e desenvolvimento do filho.

A necessidade do retorno da criança à instituição para comparecimento ao ambulatório de seguimento era mais um desafio a ser enfrentado por essas mães, principalmente por aquelas que residiam em outros municípios.

O apoio e a compreensão descritos por unanimidade por essas mães demonstravam a satisfação pelo acolhimento, pelas informações e pelos ensinamentos ofertados pela equipe ambulatorial dessa instituição. A formação desse elo possibilita o estreitamento da relação desfazendo a assimetria percebida de modo enfático por ocasião da internação do filho.

Considerações finais

Os resultados da pesquisa apontam que o alto investimento feito na recuperação de um recém-nascido prematuro de muito baixo peso não deve ser colocado em risco quando se avalia que ele já não precisa mais dos cuidados tecnológicos do hospital. É



preciso garantir que mesmo em casa este bebê seja cuidado por sua mãe e por seus familiares de forma adequada.

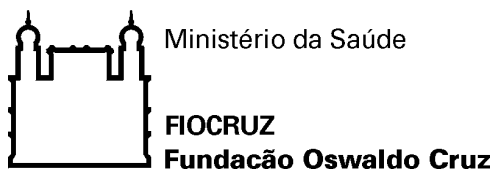
Faz-se necessário elaborar e implementar um programa de Educação em Saúde sistematizado, destinado às mães, com início na admissão do bebê na UTI Neonatal. Recomenda-se produzir material de fácil compreensão sobre os cuidados com o bebê, seguindo o exemplo da “Cartilha educativa para orientação materna sobre cuidados com o bebê prematuro”, elaborada em Ribeirão Preto.

Indica-se o acompanhamento ambulatorial sistematizado dos bebês egressos de UTI Neonatal por uma equipe multidisciplinar capacitada, com investimento no fornecimento de subsídios para o transporte dessa clientela e disponibilização de recursos extra que garantam a nutrição adequada dessas crianças.

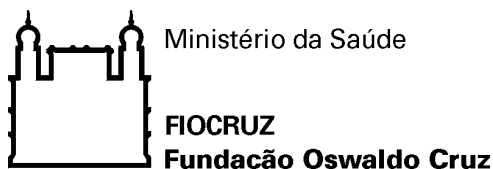
É fundamental que os profissionais de saúde ouçam seus clientes e priorizem os valores, deveres, direitos e princípios éticos que devem nortear as práticas profissionais e institucionais. É imprescindível a incorporação da integralidade do cuidado bem com a humanização da relação família/profissionais de saúde para efetivar as ações dirigidas a essa clientela.

Referências Bibliográficas

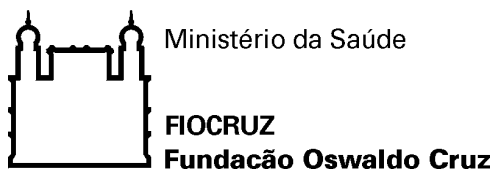
1. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Estado mundial de la infancia 2007 – tabla 1: indicadores básicos. [cited 2007 Jul 11]. Available from: URL: http://www.unicef.org/spanish/sowc07_table1_sp.pdf
2. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. A saúde no Ceará – uma construção de todos: relatório de gestão da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, no período de 2003-2006. Fortaleza: OMNI; 2006.
3. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. Lancet Neonatal Survival Steering Team – 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? Lancet, 2005; 365(9462):891-900.
4. Schoeps D, Almeida MF, Alencar GP, França Jr I, Novaes HMD, Siqueira AAF. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. Rev Saúde Pública São Paulo; 41(6): 1013-22.
5. Giglio MRP, Lamounier JÁ, Morais Neto OL, César CC. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia – Brasil no ano de 2000. Rev Bras Ginecol Obstet 2005; 27(3): 130-36.
6. Ministério da Saúde (BR). Redes assistenciais – programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento à gestante de risco. 2001a. [cited 2007 Jul 18]. Available from: URL: [http://dtr2001.saúde.gov.br/sas/relatório/6.2 %20redes5assistenciais.htm](http://dtr2001.saúde.gov.br/sas/relatório/6.2%20redes5assistenciais.htm)



7. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro, Portaria Nº 693 DE 5 de julho de 2000. Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b. p.9-10.
9. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru – manual técnico. Brasília: MS; 2002.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. 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 Ribeirão Preto mar-abr; 15(2).
12. Als H. Neurobehavioral development of the preterm infant. In: Fanaroff AA, Martins. Neonatal – perinatal medicine. Diseases of the Fetus and Infant. 7ª Ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. v.2, cap.41, p.947-72.
13. Lopes SM, Lopes JMA. Follow-up do RN de alto risco. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
14. Horbar JD, Fanaroff AA, Badger GJ, Carpenter JH, Kilpatrick S, LaCorte M, et al. Trends in mortality and morbidity for very low birth weight infants, 1991-1999. Pediatrics 2002; 110:143-51.
15. Hack M, et al. Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. N Engl J Med 2002; 346(3):149-57.
16. Clements KM, Barfield WD, Ayadi MF, Wilber N. Preterm birth-associated cost of early intervention services: an analysis by gestational age. Pediatrics 2007 Apr; 119(4):866-74.
17. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. Ciência & Saúde Coletiva 2005 Rio de Janeiro jul-set; 10(3).
18. Als H, Duffy FH, Mcanulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyan S, Mulkern RV, et al. Early experience alters brain function and structure. Pediatrics 2004; 113:846-57.
19. Hoath SB. The skin as a neurodevelopment interface. NeoReviews 2001; 2:292-301.
20. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. Rev Saúde Pública 2002 São Paulo; 36:759-72.
21. Levy GD, Woolston DJ, Browne JV. Mean Noise Amounts in Level II vs Level III. Neonatal Intensive Care Units. Neonatal Netw, 2003; 22:33-7.
22. Klaus MH, Kennel JH. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
23. Silva OPV. Análise descritiva do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros que participaram do programa Método Mãe-Canguru [dissertação]. São Paulo: Universidade Mackenzie; 2003.



24. Méio MDBB, Magluta C, Mello RR, Moreira MEL. Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005 Rio de Janeiro abr-jun; 10(2).
25. Gardner MR, Deatrick JA. Understanding interventions and outcomes in mothers of infants. *Comprehensive Pediatric Nursing* 2006; 29:25-44.
26. Edwards M. Discharge planning. In: Avery GB, Fletcher MA, Mac Donald MG. *Neonatology: pathophysiology and management of newborn*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999. p.3-7.
27. Pridham KA, Krolikowski MM, Limbo RK, Paradowski JB, Rudd N, Meurer JR, et al. Guiding mother's management of health problems of very low birth-weight infants. *Public Health Nursing* 2006; 23(3):205-15.
28. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2006 Recife jan-mar; 6(1).
29. Bardin L. Análise de conteúdo. [tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro]. Lisboa: Edições 70; 1995.
30. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196. Brasília: CNS/ Abrasco; 1998. p.34-42. [Cadernos de Ética em Pesquisa].
31. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal cause in Brazil trends, regional patterns and possible interventions. *Med Journal* 2001 São Paulo; 119(1):1516-3180.
32. Machado CJ, Hill K. Determinantes da mortalidade neonatal e pós-neonatal no Município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol* 2003; 6(4).
33. Grupo Colaborativo Neocosur. Very-low-birth-weight infant outcomes in 11 South American NICUs. *J Perinatol* 2002; 22(1):2-7.
34. Duarte JLMB, Mendonça GAS. Fatores associados à morte neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1):181-91.
35. Castro EAC, Leite AM. Mortalidade hospitalar dos recém-nascidos com peso de nascimento menor ou igual a 1.500 g no município de Fortaleza. *Jornal de Pediatria* 2007; 83(1).
36. Sameroff AJ. Environmental risk factors in Infancy, *Pediatrics* 1998; 102:1287-92.
37. Mondestin M, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Does a single prenatal care visit improve perinatal outcome? *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:558-69.
38. Thompson LA, Oodman DC, Little GA. Is more neonatal intensive care always better? Insights from a cross-national comparison of reproductive care. *Pediatrics* 2002; 109:1036-43.
39. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *Am J Obstet Gycecol* 2002; 186:1011-6.
40. Charpak N, Calume ZF, Hamel A. O método mãe canguru – pais e familiares de bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Chile: McGraw Hill; 1999.



41. Holanda ACO, Silva MGC. Assistência Pré-Natal e as características das mães e dos recém-nascidos egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Pediatr Ceará* 2005 jan-jul; 6(1):20-6.
42. Holanda ACO, Silva MGC. O recém-nascido de risco: uma revisão da literatura. *Rev Pediatr Ceará* 2004 jul-dec; 5(2):11-8.
43. Rades E, Bittar RE, Zugaib M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *RBGO* 2004; 26(8):655-62.
44. Bier JB, Ferguson A, Morales Y, Liebling JA, Archer D, Oh W, et al. Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low-birth-weight infants who are breast-fed. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150:1265-9.
45. Eichenwald EC, Blackwell M, LLOYDS JS. et al. Inter-neonatal intensive care unit variation in discharge timing: influence of apnea and feeding management. *Pediatrics* 2001 sept; 108(3):719-27.
46. Marino WT. Estudo descritivo dos recém-nascidos de muito baixo peso em uma maternidade de nível terciário [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001. 150f.
47. Moreira MEL, Bomfim OL. Um nascimento diferente. In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS. Quando a vida começa diferente – o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
48. Brum EHM, Schermann L. Intervenções frente ao nascimento prematuro: uma revisão teórica. *Scientia Medica* 2005 Porto Alegre jan-mar; 15(1).
49. Als H. Individualized, family-focused developmental care for very low-birthweight preterm infant in the NICU. In: Friedman SL, Sigman M, editors. *The psychological development of low birthweight children*. Norwood, N.J.: Ablex; 1992. p.341-87.
50. Guedeney A, Lebovici S. Intervenções psicoterápicas pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
51. Souza NL, Araújo ACPF, Azevedo GD, Jerônimo SMB, Barbosa LM, Sousa NML. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré- eclampsia. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5):704-10.
52. Gale G, Franck LS. Toward a standard of care for parents of infants in the neonatal intensive care unit. *Crit Care Nurse* 1998; 18:62-74.
53. Fonseca LMM, Scochi CGC, Rocha SMM, Leite, AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados do bebê prematuro. *Rev Latino-am Enferm* 2004 Ribeirão Preto jan-fev; 12(1):65-75.

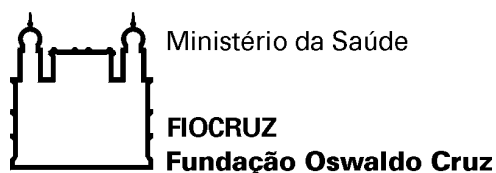


Tabela 1. Internamentos e óbitos dos recém-nascidos, por faixa de peso, no hospital sede da pesquisa e número de internações na UTI, na UMR e na Enfermaria Canguru, de setembro a dezembro de 2007

Faixa de peso	Total nascimentos	Total de óbitos	Total crianças que foram internadas	Nº internações na UTI	Nº internações na UMR	Nº internações no Canguru
≥ 2500 gramas	1195 (72,69%)	14 (1,17%)	252 (21,09%)	69 *	210 *	0 *
de 1500 a 2499 gramas	343 (20,86%)	12 (3,5%)	274 (79,89%)	118 *	184 *	1*
< 1500 gramas	106 (6,45%)	27 (25,47%)	106 (100%)	94 *	44 *	20 *
Total	1644 (100%)	53 (3,22%)	632 (38,44%)	281 (100%)	438 (100%)	21 (100%)

* Um mesmo recém-nascido pode ser internado sucessivamente em diferentes setores.

Fonte: Sistema de informação do hospital sede da pesquisa/Nuvepi (2007).

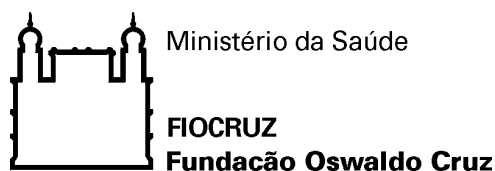


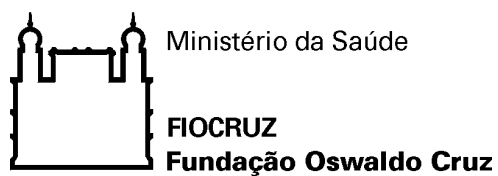
Tabela 2. Características sociodemográficas das mães dos recém-nascidos de Muito Baixo Peso ao Nascer que compareceram ao ambulatório de egressos da UTI Neonatal de um hospital público de Fortaleza, 2007-2008

Variáveis	N
Idade (anos)	
≤ 19	1
20 – 34	14
≥35	6
Raça/Cor	
Branca	5
Parda	16
Escolaridade (anos de estudo)	
0 - 4	4
5 - 8	6
9 - 12	10
≥ 13	1
Procedência	
Fortaleza	8
Municípios Região Metropolitana	5
Municípios Distantes	8
Renda Própria (em R\$)	
0	12
100,00 - 400,00	6
401,00 - 800,00	3
Renda Familiar (em R\$)	
≤ 400,00	13
401,00 - 800,00	5
801,00 - 1200,00	1
>1200,00	2

Fonte: Elaboração própria

Tabela 3. História obstétrica e dados de internação das mães dos recém-nascidos envolvidos na pesquisa realizada num hospital público de Fortaleza, 2007-2008

Variáveis	Nº
Paridade	
Primíparas	11
Multíparas	10



Idade Gestacional no parto (semanas)

26 – 29	11
30 – 32	7
33 – 35	3

Internamento hospitalar (dias)

Estiveram na Enf. Canguru

30 – 40	3
41 – 80	4

Não estiveram na Enf. Canguru

< 10	9
10 a 20	4
> 20	1

Fonte: Elaboração própria

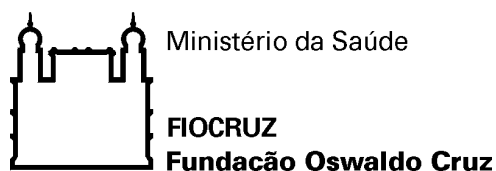


Tabela 4. Caracterização dos recém-nascidos envolvidos na pesquisa realizada num hospital público de Fortaleza, 2007-2008

Variáveis	Recém-Nascidos	
	Peso ao nascer < 1000 gramas	Peso ao nascer entre 1000 e 1499 gramas
Nº de recém-nascidos	4	17
Apgar 5º minuto		
< 4	1	-
4 a 6	-	2
≥ 7	3	15
Permanência hospitalar (dias)		
30 a 49	-	9
50 a 69	-	8
70 a 89	2	-
≥ 90	2	-
Permanência UTI (dias)		
14 a 30	-	14
31 a 47	1	3
48 a 64	1	-
≥ 65	2	-
Permanência Médio Risco (dias)		
6 a 20	-	3
21 a 35	1	10
≥ 36	1	2
Permanência Canguru (dias)		
7 a 17	-	2
18 a 28	1	1
≥ 29	1	2

Fonte: Prontuários médicos dos recém-nascidos internados no hospital sede da pesquisa, 2007-2008.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)